

die bauchpresse

Unabhängige Studierendenzeitung der MUL — Ausgabe Nr. 8 - Feb. '97



Die Pille - sexuelle Befreiung für wen?!

oder: nichts Neues beim G(eschlechter)V(erhältnis)

Es gibt sie wieder !!!

Wahrscheinlich habt Ihr schon nicht mehr ernsthaft damit gerechnet, daß es irgendwann noch einmal eine neue Ausgabe der bauchpresse geben könnte, doch plötzlich...
Auch wenn diese bauchpresse schon ihren Vorgängerinnen ähnelt, hat sich seit der letzten Ausgabe (wann war das bloß???) etwas geändert: Eine (fast) komplett neue Redaktion ist, völlig ahnungslos, worauf sie sich einläßt, daran gegangen, diese Ausgabe zusammenzubasteln.
Was wurde vernichtet?
1 kg Tee, 1 Faß Rotwein, 5 kg Nudeln, eine Bodum-Teekanne, ein Notebook, etliche Nervenstränge, diverse Schlafrhythmen (Carpe noctem!), eine Layouterin, ein Layouter...
Was wurde produziert? Gedanken über Entwicklungshilfe, Frauenbilder, den Nürnberger Prozeß, christdemokratische Studenten und sexuelle Befriedigung...
Was wird kommen?
Hoffentlich neue Ideen, Anregungen, Texte usw. in und von **EUCH**, so daß wir im Mai die nächste Ausgabe in Druck geben können.
Was bleibt? Seht selbst...

Wandel zum Besseren ?

Medizin und Gewissen - 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß

Auszug aus dem erstem Zwischenbericht über die Unterdruckkammerversuche im KZ Dachau 1942, mitgeteilt vom Stabsarzt der Luftwaffe, Dr. Sigmund Rascher, an den Reichsführer-SS Himmler :

„ ...Es gilt die Frage zu klären, ob die theoretisch ermittelten Werte über die Lebensdauer des Menschen in sauerstoffarmer Luft und niedrigem Druck *(wie beim Fallschirmspung aus großer Höhe [Anm.d.Red.])* mit den im praktischen Versuch gewonnenen Resultaten übereinstimmen...

3.Versuch : Es handelt sich um einen Dauerversuch ohne Sauerstoff in 12 km Höhe bei einem 37jährigen Juden in gutem Allgemeinzustand. Die Atmung hielt bis 30 Minuten an. Bei 4 Minuten begann Versuchsperson (VP) zu schwitzen und mit dem Kopf zu wackeln. Bei 5 Minuten traten Krämpfe auf, zwischen 6 und 10 Minuten wurde die Atmung schneller, VP bewußtlos, von 11 Minuten bis 30 Minuten verlangsamte sich die Atmung, bis 3 Atemzüge pro Minute, um dann ganz aufzuhören.

Zwischendurch trat stärkste Cyanose auf, außerdem Schaum vor dem Mund.

In 5minütigen Abständen wurde EKG in drei Ableitungen geschrieben. Nach Aussetzung der Atmung wurde ununterbrochen EKG bis zum völligen Aussetzen der Herzaktion geschrieben.

Anschließend etwa 1/2 Stunde nach Aufhören der Atmung, Beginn der Sektion.

Sektionsbericht : „Nach Eröffnung der Brusthöhle liegt der Herzbeutel prall gefüllt vor (Herzbeuteltamponade). Nach Eröffnung des Herzbeutels entleeren sich im Strahl 80 ccm klare gelbliche Flüssigkeit. Mit dem Moment des Aufhörens der Tamponade beginnt der rechte Vorhof kräftig mit anfänglich 60 Aktionen pro Minute zu schlagen und wurde dann immer langsamer. 20 Minuten nach Eröffnung des Herzbeutels stichweise Eröffnung des rechten Vorhofes.

Es entleeren sich etwa 15 Minuten lang in spritzender Form Blut in dünnstem Strahl. Danach Verstopfung der Stichwunde durch Blutgerinnung und erneute Beschleunigung der Aktion des rechten Vorhofes. Eine Stunde nach Aufhören der Atmung Herausnahme des Gehirns mit völliger Durchtrennung des Rükkenmarks..."

Das ist ein Auszug aus einem Dokumentenband über den Prozeß vor dem US-Militärgericht gegen deutsche Ärzte im September 1946 in Nürnberg. Diese Dokumentation ist das Ergebnis der Arbeit einer Ärztekommission unter Leitung des Heidelberger Privatdozenten Alexander Mitscherlich, die sich mit der Aufdeckung von Verbrechen deutscher Ärzte während der NS-Zeit beschäftigte. Die erste Auflage 1949 umfaßte 10 000 Stück. Doch die damaligen Ärztekammern, in dessen Auftrag diese Kommission den Prozeß beobachten sollte, gaben gerade mal 40 Exemplare weiter, ganze fünf gingen in Buchhandlungen; wo der Rest blieb, ist bis heute ungeklärt.

Das blieb keine singuläre Erfahrung. Denn die Mehrzahl der Ärzte wollte von den eigenen oder den Verbrechen der Kollegen in der NS-Zeit nach Kriegsende nichts mehr wissen. Die wenigen, die die Geschichte zur Mahnung der nachkommenden Generation und zu Ehren der Opfer lebendig halten wollten, sahen sich ständigen Behinderungen ausgesetzt. So wurde auch und vor allem Mitscherlich angefeindet. Es gab kaum öffentliche Resonanz auf die Dokumentationsarbeit der Beobachterkommission der Nürnberger Ärzteprozesse, keine einzige Buchbesprechung.

Rund 50 Jahre später bietet sich bei der Erinnerungsarbeit in Nürnberg im Herbst 1996 ein ganz anderes Bild: Der große Kongreßsaal hat nicht genug Sitzplätze für die vielen hundert Interessierten. Anlaß ist ein Kongreß "Medizin und Gewissen - 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß", der unter der Schirmherrschaft der IPPNW - Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung, vom 25. bis 27. Oktober am geschichtsträchtigen Platze stattfand.

Mit dabei unter den rund 1200 Teilnehmern waren auch wir 8 Studentinnen/en der IPPNW-Gruppe aus Lübeck. Anliegen dieses Artikels ist es, Euch einen kurzen Überblick über die wichtigsten Themenschwerpunkte des Kongresses zu verschaffen. Natürlich kann es nur ein kleiner Ausschnitt aus der Vielzahl der angebotenen Vorträge sein.

Im Mittelpunkt stand zuallererst die verdrängte Geschichte der deutschen Ärzteschaft zwischen 1933 - 1945. 50 Jahre Wegschauen, Verdrängen und Bemänteln waren alles andere als folgenlos. Wissenschaftler wie der oben erwähnte A. Mitscherlich hatten es mehr als schwer, gegen die Mauer des Schweigens seiner Berufskollegen im Nachkriegsdeutschland anzukämpfen. So ist es nicht verwunderlich, daß der Konstrukteur der eingangs erwähnten Unterdruckkammer eine sehr interessante Karriere nach dem Krieg erlebte. Sein Name: Hubertus Strughold, er war Arzt im Reichsluftfahrtministerium und einer von 90 führenden Medizinern, die im Oktober 1942 in Nürnberg zusammenkamen, um über die Unterdruck- und Unterkühlungsversuche an KZ-Häftlingen zu beraten. Strughold stellte die einzige damals existierende Unterdruckkammer für Menschenversuche zur Verfügung , ließ dem Arzt Sigmund Rascher im KZ Dachau freie Hand für seine Experimente und wertete die gewonnenen Ergebnisse in Berlin aus.

Sein gesamtes Material übergab Strughold nach dem Krieg den US-Amerikanern. Denn die fanden an den Forschungsergebnissen rasch Interesse und brachten den Mediziner wie andere Forscher auch in die USA. Dort machte Strughold rasch besagte Karriere und entwickelte für die US Air Force - eine Unterdruckkammer. In dieser testeten die Amerikaner ihre Weltraumausrüstung.

Heute ist ein Verdienstorden der US-Luftwaffe nach dem deutschen Doktor benannt und nur nach zähen Kämpfen mit den Behörden konnte die Namensgebung einer amerikanischen Bibliothek in Texas nach Strughold wieder rückgängig gemacht werden.



Fazit dieser einzelnen Biographie ist, und damit schloß auch der Referent in Nürnberg seinen Vortrag: "Es gibt eine direkte Linie vom Häftling, der in Dachau stirbt, zu dem Astronauten im Weltall".

Doch der Kongreß beließ es nicht beim Blick zurück. Er nahm sich auch der aktuellen Probleme der Medizin an, um - wie es der Kongreßtitel schon andeutet - das Gewissen des einzelnen Arztes zu schärfen. In der jetzigen Umbruchsituation der Medizin droht der Mensch unter eine „Kosten-Nutzen-Analyse" zu geraten.

Menschlichem Leben könnte nicht mehr von vornherein und unbedingt Sinn zugemessen, die Menschenwürde in Konkurrenz mit Forschungsinteressen deshalb relativiert werden. Der Nürnberger Kodex von 1947 (*siehe Info-Kasten*) ist mehr als nur eine juristische Norm. Es wird deutlich, daß die Freiwilligkeit der Versuchsperson und der Schutz ihrer Gesundheit und Lebens im Mittelpunkt stehen und Vorrang vor den Interessen der Forschung haben.

Dies ist ein Punkt, der durch das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin (Bioethikkonvention), geändert wer-

Im Eindruck der durch die Nürnberger Ärzteprozesse bekannt gewordenen grausamen, lebensverachtenden Menschenversuche wurde die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung medizinischer Versuche am Lebenden deutlich. Am 20. August 1947 wurde der Nürnberger Ärztekodex verabschiedet:

1. Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, daß die betreffende Person im juristischen Sinne fähig sein muß, ihre Einwilligung zu geben; daß sie in der Lage sein muß, unbeeinflußt durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Art der Überredung oder des Zwanges, von ihrem Urteilsvermögen Gebrauch zu machen; daß sie das betreffende Gebiet in seinen Einzelheiten hinreichend kennen und verstehen muß, um eine verständige und informierte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, daß der Versuchsperson vor der Einholung ihrer Zustimmung das Wesen, die Länge und der Zweck des Versuches klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit Fug zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen. Die Pflicht und die Verantwortlichkeit, den Wert der Zustimmung festzustellen, obliegt jedem, der den Versuch anordnet, leitet oder ihn durchführt. Dies ist eine persönliche Pflicht und Verantwortlichkeit, welche nicht straflos an andere weitergegeben werden kann.

2. Der Versuch muß so gestaltet sein, daß fruchtbare Ergebnisse für das Wohl der Gesellschaft zu erwarten sind, welche nicht durch andere Forschungsmittel oder Methoden zu erlangen sind. Er darf seiner Natur nach nicht willkürlich oder überflüssig sein.

3. Der Versuch ist so zu planen, und auf Ergebnissen von Tierversuchen und naturkundlichem Wissen über die Krankheit oder das Forschungsproblem aufzubauen, daß die zu erwartenden Ergebnisse die Durchführung des Versuches rechtfertigen werden.

4. Der Versuch ist so auszuführen, daß alles unnötige körperliche und seelische Leiden und Schädigungen vermieden werden.

5. Kein Versuch darf durchgeführt werden, wenn von vornherein mit Fug angenommen werden kann, daß es zum Tod oder einem dauernden Schaden führen wird, höchstens jene Versuche ausgenommen, bei welchen der Versuchsleiter gleichzeitig als Versuchsperson dient.

6. Die Gefährdung darf niemals über jene Grenzen hinausgehen, die durch die humanitäre Bedeutung des zu lösenden Problems vorgegeben sind.

7. Es ist für ausreichende Vorbereitung und geeignete Vorrichtungen Sorge zu tragen, um die Versuchsperson auch vor der geringsten Möglichkeit von Verletzung, bleibenden Schaden oder Tod zu schützen.

8. Der Versuch darf nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen durchgeführt werden. Größte Geschicklichkeit und Vorsicht sind auf allen Stufen des Versuches von denjenigen zu verlangen, die den Versuch leiten oder durchführen.

9. Während des Versuches muß der Versuchsperson freigestellt bleiben, den Versuch zu beenden, wenn sie körperlich oder psychisch einen Punkt erreicht hat, an dem ihr seine Fortsetzung unmöglich erscheint.

10. Im Verlauf des Versuches muß der Versuchsleiter jederzeit darauf vorbereitet sein, den Versuch abzubrechen, wenn er auf Grund des von ihm verlangten guten Glaubens, seiner besonderen Erfahrung und seines sorgfältigen Urteils vermuten muß, daß eine Fortsetzung des Versuches eine Verletzung, eine bleibende Schädigung oder den Tod der Versuchsperson zur Folge haben könnte.

den soll. Nach ihm sollen auch Versuche an nicht einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden, wenn daraus ein Nutzen für Personen mit gleicher Krankheit zu erwarten sind (sogenannter Gruppennutzen). Die Prioritäten werden dabei umgekehrt: Das Interesse der Forschung und das der Gruppe hat Vorrang vor dem Recht des einzelnen.

Dieses ist nur einer der Gründe, der die IPPNW veranlaßte, zu ihrem Kongreß folgende "Nürnberger Erklärung" zu verabschieden. Diese wurde leider nur von einer kleinen Gruppe erarbeitet und am Ende des Kongresses vorgestellt. Aus diesem Grund konnte sie weder ausreichend diskutiert noch abgeändert werden.

Wir wollen sie Euch trotzdem vorstellen, auch wenn sie nicht auf die Mitarbeit der Mehrheit der Kongreßteilnehmer zurückzuführen ist.

Für die IPPNW-Gruppe geschrieben:
Christian Herbst und Thilo Klesse

Nürnberger Erklärung

Als Ärztinnen und Ärzte erkennen wir unsere Mitverantwortung für ein friedliches, soziales, gerechtes und umweltbewußtes Zusammenleben der Menschen und Völker an. Wir klären über die Gefahren auf, die aus der Nichtberücksichtigung dieser elementaren Bedingungen für das gesundheitliche Wohl der heute Lebenden und der nachfolgenden Generationen erwachsen. Wir verpflichten uns zum Engagement für gesellschaftliche Verhältnisse, die allen Bürgerinnen und Bürgern den bestmöglichen Schutz von Gesundheit und Leben sowie angemessene Hilfe im Krankheitsfall gewähren.

Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist für uns Ärztinnen und Ärzte ein unbedingt zu schützendes Gut. Deshalb dienen wir in unserer Praxis vorbehaltlos den gesundheitlichen Interessen des einzelnen Menschen und verteidigen diese gegen alle Ansprüche von anderer Seite. Wir unterstützen den Patienten in seiner eigenverantwortlichen Sorge für sein gesundheitliches Wohlergehen.

Beim ärztlichen Handeln ist die Achtung der autonomen Entscheidungen des Patienten nach seiner bestmöglichen Aufklärung für uns Gebot. Ist er nicht einwilligungsfähig, gilt für uns die Zustimmung eines informierten, gesetzlichen Vertreters oder im Notfall der begründet gemutmaßte Wille des Patienten. Vor fremdnütziger Forschung muß er geschützt sein.

Wir setzen uns für die öffentliche Transparenz medizinischer Forschungsprojekte ein, weil in der gesellschaftlichen Akzeptanz ein notwendiges Korrektiv zur Einschätzung der Verantwortbarkeit der Vorhaben liegt. In der Beachtung ihres gesundheitlichen Schutzes dürfen Versuchspersonen hinter Patienten nicht zurückstehen. Es gibt nicht zweierlei Humanitätsbegriffe für forschende und praktische Medizin.

Gentests sind an eine in voller Entscheidungsfreiheit erteilte Zustimmung der Betroffenen gebunden, denen eine sachkundige Beratung anzubieten ist. Ergebnisse unterliegen der vollen ärztlichen Schweigepflicht und dem gesetzlichen Datenschutz. Wir werden alles daran setzen, um einen Mißbrauch der gentechnischen Diagnostik für kommerzielle oder bevölkerungspolitische Zwecke zu verhindern.

Wir achten das alleinige Verfügungsrecht des Individuums über seinen Körper auch über seinen Tod hinaus. Die Verpflanzung von Körpergewebe und Organen eines Menschen, der dazu seine Zustimmung nicht ausdrücklich erteilt hat, sehen wir als unzulässig an.

Wir erkennen in der persönlichen Zuwendung und der fürsorglichen Begleitung von Todkranken und Sterbenden eine besonders wichtige humane ärztliche Aufgabe.

Wir wenden uns gegen den zunehmenden Mißbrauch wirtschaftlicher Macht zu einseitiger Einflußnahme auf die Steuerung medizinischer Forschung und Praxis.

Wir warnen dringend vor der erkennbaren Gefahr, Kranke und speziell chronisch Leidende im Rahmen gebotener Sparpolitik unvertretbaren sozialen Risiken auszusetzen. Die Solidarität mit den Kranken und den Schwachen ist der Gradmesser für das Humanitätsniveau unserer wie jeder Gesellschaft.

Wir Ärztinnen und Ärzte setzen und für eine dringend zu erhöhende Unterstützung des darniederliegenden Gesundheitswesens in zahlreichen Ländern der Südhemisphäre ein. Die Verurteilung der armen Völker zu z.T. horrenden Sterblichkeitsraten bedeutet eine unerträgliche Diskriminierung, der wir im Bewußtsein unserer ärztlichen Mitverantwortung mit aller Entschiedenheit entgegentreten.



Eine kleine Kritik zur Bioethikkonvention

Im Jahre 1985 wurde im Europarat eine Kommission eingerichtet, die seit 1992 den Titel "Lenkungskomitee für Bioethik" (frz. CDBI) trägt und seitdem für die Diskussion ethischer Fragen im Europarat zuständig ist. Dieses Komitee erarbeitet seither im Auftrage des Ministerkomitees Empfehlungen zu den Themen In-Vitro-Fertilisation (IVF), Menschenversuche und Pränataldiagnostik.

Das CDBI besteht in der Mehrzahl aus Juristen und Medizinern der 32 Mitgliedsstaaten. Die Delegierten sind an die Weisungen ihrer Regierungen gebunden, also nicht unabhängig in ihren Urteilen (wie z.B. die Mitglieder der nationalen Ethikkommissionen).

1991 wurde das CDBI beauftragt, eine Konvention zu erarbeiten, die die unterschiedlichen Rechtsbestimmungen in Europa zu den neuen Entwicklungen in der Biologie und der Medizin zusammenfassen soll.
Einhellig wurde von den Mitgliedern des CDBI begrüßt, daß diese Bioethikkonvention die Rechte des Individuums wie der Gesellschaft gegen schrankenlose Übergriffe der Wissenschaft stärken soll.

Als jedoch im Mai 1994 die erste Fassung der Bioethikkonvention des Europarates bekannt wurde, entbrannte eine heftige Auseinandersetzung, die zum Teil noch heute andauert!
Besonders umstritten war und ist das Kapitel über die wissenschaftliche Forschung am Menschen (Kapitel V). Tenor der zum Teil recht scharfen Kritik an der Konvention ist, daß zentrale Begriffe wie „Person"; „menschliches Leben"; „Beginn menschlichen Lebens", nicht geklärt wurden.

Ferner gibt es in anderen Kulturen unterschiedliche "Menschenbildvorstellungen". Beispielsweise unterscheidet sich das angelsächsische stark vom europäischen, welches sich vom antiken, von Aristoteles geprägten Menschenbild ableitet.

"In der angelsächsischen Tradition ist 'Mensch sein' geknüpft an eine Definition von 'Person', mit der Konsequenz, daß vielleicht ein Tier eine Person sein kann, ein Mensch (ein Embryo, ein klinisch Toter) nicht." - Im deutschen Recht hingegen werden Tiere leblosen Sachen zugeordnet, mit der Folge, daß die Tötung eines Tieres keine Körperverletzung, Totschlag, etc., sondern lediglich eine Sachbeschädigung ist, die allenfalls einen Schadensersatzanspruch nach sich zieht!

Die "Bonner Schule" geht entgegen der angelsächsischen Tradition davon aus, daß das Menschsein immer an ein individuelles Lebewesen dieser Spezies gebunden sein muß. "Nur auf dieser ethischer Grundlage läßt sich der Begriff der Menschenwürde unversehrt bewahren, der einmal auf der Unantastbarkeit der Person beruht und zum anderen auf dem Verbot, die Unantastbarkeit von etwas anderem abhängig zu machen als davon, Mensch zu sein."

Zum besseren Verständnis hier ein Auszug der Themen der uns vorliegenden Fassung vom Juni 96 (Stand August 96) des "Übereinkommens zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin":

I. Allgemeine Bestimmungen:
Schutz der Würde und der Integrität aller Menschen
Vorrang des Menschen vor den Interessen von Gesellschaft und Wissenschaft

II. Einwilligung:
Schutz einwilligungsunfähiger Personen und Personen mit einer Geisteskrankheit.

IV. Menschliches Genom:
Nichtdiskriminierung
Prädiktive genetische Tests
Eingriffe in das menschliche Genom
Verbot der Auswahl des menschlichen Geschlechts

V. Wissenschaftliche Forschung:
Schutz von Personen und einwilligungsunfähigen Personen bei Forschungsvorhaben
Forschung an Embryonen in vitro

VI. Entnahme von Organen und Geweben von Lebendspendern für Transplantationszwecke

VII. Verbot der Erzielung eines finanziellen Gewinns und Weiterverwendung eines entnommenen Körperteils.

Die Fragen also lauten:
Wie kann man eine Bioethikkonvention verabschieden, in der die zentralen Begriffe der Bioethik nicht klar definiert sind?
Was kann man von einem Gremium erwarten, das in seinen Entscheidungen von national und ökonomisch motivierten Weisungen der jeweiligen Regierung abhängig ist?
Kann diese Bioethikkonvention dem gentechnologischen Instrumentarium überhaupt gerecht werden?

Menschenbilder, die nicht diskutiert werden; zentrale Begriffe, die nicht definiert werden; dies ist die große Stunde der Juristen!

Es wundert also nicht, daß das Resultat keinen wirklich wirksamen "Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" - wie es diese Überschrift der Bioethikkonvention verspricht- darstellt. Ob das bestehende Mißbrauchspotential durch Industrie oder Personen mit viel krimineller Energie und guten Anwälten tatsächlich durch diese Konvention verringert werden kann, sei angesichts des folgenden Artikels 18 Abs. 1 der Konvention dem Leser überlassen:

"Soweit das Recht Forschung an Embryonen in vitro zuläßt, gewährleistet es einen angemessenen Schutz des Embryos." Neben diesen eher wissenschaftstheoretischen Überlegungen und deren juristischen Konsequenzen ist die ganz praktische Frage der Auswirkungen von Gentests auf unser tägliches Leben völlig ungeklärt.

Zwar gibt es in Artikel 11 ein Verbot jeglicher Diskriminierung einer Person aufgrund ihres genetischen Erbes, aber wer will beweisen, daß ein Antrag über die Aufnahme in eine private Versicherung aufgrund des genetischen Tests verweigert wird?

Welchem Arbeitgeber will man nachweisen, daß er einem Menschen mit - aus seiner Sicht - mangelhaftem genetischen Material den Arbeitsplatz verweigert?

Und welchem Politiker fallen dazu auch noch passende Argumente ein, um im Hinblick auf die schwierige ökonomische Situation der Unternehmer (wahrscheinlich hervorgerufen durch das entsprechende mangelhafte genetische Material) nicht auch noch durch sie "einschränkende" gesetzliche Regelungen schwieriger zu gestalten? Denn unser Gott ist der Gewinn des Unternehmers; und unser Gottvertrauen ist die Illusion, daß diese Gewinne volkswirtschaftlich sinnvoll investiert werden!

Dürfen daher Gentests frei und für jedermann verkäuflich sein, wie in den USA seit ein paar Wochen möglich? Man sollte sich in einer ruhigen Minute schon einmal fragen, wem da was nützt!

Sicher sind die Fragen, die sich aus den oben skizzierten Problemen ergeben, nicht einfach zu beantworten. Dennoch muß es eindeutige und klare Antworten geben.

Die vorliegende Bioethikkonvention ist allenfalls ein Versuch, das in der Biologie und Medizin technologisch Machbare überhaupt zu fassen und im Sinne einer ethischen Verantwortung zu reglementieren.

Doch wie das Beispiel USA zeigt, ist die Zeit fortgeschritten, und der Markt versucht gerade wieder, seine eigenen Regeln zu implementieren, die von ethischen Fragestellungen so weit entfernt sind wie die Sonne von der Erde.

Eine Bioethikkonvention muß von mutigen, relativ unabhängigen und vor allem kompetenten Menschen mit klarem Menschenverstand gemacht werden. Bioethische Fragestellungen müssen gründlich überdacht, die zentralen Begriffe eindeutig und mutig definiert werden und die sich daraus ergebenden Konsequenzen stringent in eine verbindliche Bioethikkonvention - die diesen Namen verdient - umgesetzt werden!

JS

Wir wollen mehr...

Ethik, das geflügelte Wort. Die Bioethikkonvention ist in aller Munde, Ethikkommissionen wachen allerortens über Forschungsvorhaben und ihre ethischen Dimensionen.

Aber was genau bedeutet Ethik, wofür brauchen wir sie in der Medizin, und was kann uns passieren, wenn wir sie nicht bedenken und diskutieren? „Wir" heißt hier die Studierenden, die sich besser jetzt als gar nicht mit diesen Fragen beschäftigen wollen.

Welches Menschenbild bestimmt unser Handeln, und welchem Verständnis versuchen wir gerecht zu werden?

Welche besonderen Schwierigkeiten kommen durch Forschung und Wissenschaft auf uns in Zukunft zu als Erben dieser Medizin? Die Thematik „In-Vitro-Fertilisation" mit all ihren ethischen Fragestellungen läuft direkt an unserer Uni und - an uns vorbei...

Diese und alle Fragen, die Euch zu diesem Thema einfallen, sollen ein Forum bekommen. Von Berlin und Erlangen kennen wir sie schon, hier wollen wir sie etablieren: Eine Studierendengruppe „Ethik in der Medizin". Im April wollen wir es endlich angehen und uns zu einer konstituierenden Sitzung treffen, auf der wir gemeinsame Konzepte erarbeiten wollen.

Alle, die sich für das Thema interessieren (und aus zahlreichen Gesprächen wissen wir, daß es viele sind!) sind herzlich eingeladen, ihre Fragen mit- und ihre Ideen einzubringen.

In diesem Sinne...bis zum

20. April, um 16.00 Uhr,

Treffpunkt wird im nächsten Semester noch bekanntgegeben!

RCDS-Bildungsgipfel

Stell' Dir vor, die Hochschule wird reformiert, und niemand bekommt es mit...

Vor etwa einem Monat erhielten wir, wie alle ASten im Lande, eine Einladung zum sog. Bildungsgipfel des RCDS. Die Auswahl der im Programm aufgeführten DiskussionsteilnehmerInnen wie Bundesbildungsminister Rüttgers (CDU), Helga Schuchardt (Niedersächsische Wissenschaftsministerin, parteilos) und vielen anderen (siehe Programm) überzeugten uns, zusammen mit der Tatsache, daß die Thematik Studienreform doch einigermaßen wichtig für uns als Studierende ist, an dieser Veranstaltung teilzunehmen. Die Aktualität dieses Themas zeigt sich in dem Vorhaben der Regierung, diese Reform nächstes Jahr vorzunehmen. Insgesamt war die Veranstaltung gut und ziemlich straff organisiert, so daß sie allerdings auch etwas zu einem Informationsmarathon ausartete.

Einleitend eine Rede von Heinrich-Wilhelm Averwerser, Mitglied des RCDS-Bundesvorstandes, der sich klar für eine leistungsorientiertere Gesellschaft einsetzte. Er bezeichnete z.B. den "extrem hohen Abiturientenanteil als unehrenhaft", stellt sich für die Zukunft vor, den geistigen Wettbewerb mehr zu fördern und damit mehr Leistung und demzufolge auch ein schärferes Profil der Universitäten zu bewirken. Hierzu soll auch die Abschaffung einer zentralen Studienplatzverteilung (á la ZVS) beitragen, so daß sich Universität und StudentIn gegenseitig suchen und finden können. Die Geldmittel sollten den Universitäten nach ihrer StudienbewerberInnenzahl und nach ihrer ProfessorInnen-Qualität (Ermittlung u.a.durch Evaluation von Seiten der Studierenden) zugeteilt werden, der/die Studierende nähme sozusagen als "Kunde" Einfluß auf die Angebotsmöglichkeit. Averwerser sprach sich entschieden gegen die Einführung von Studiengebühren aus und forderte eine stärkere Einbeziehung der Studierenden bei der Planung und Durchführung der Studienreform.

Kleiner Witz am Rande, gesprochen von Minister Rüttgers: "Die Zahl der Studienanfänger ist mit den Jahren drastisch gestiegen: von 80.000 im Jahre '64 auf das jetzt mehr als Vierfache von 277.000"

Anschließend sprach Dr. Jürgen Rüttgers, seines Zeichens Bundesbildungsminister. Zunächst stellte er "epochale Veränderungen" der heutigen Zeit fest, in der "wir uns von der Industriegesellschaft hin zur Wissensgesellschaft entwickeln": "Wissen als entscheidender Faktor" für die Gesellschaft. Als einen Beweis für diesen sich vollziehenden Wandel sieht er z.B. die stetig wachsende Büchermasse, die jährlich auf den Markt geworfen wird (*Quantität = Qualität? Anm. der Autorinnen*). Wir mußten erfahren, daß auch auf dem Wissens-/Bildungssektor ständig von "Standortsicherung" und "Ressourcen" die Rede ist, der "Geist in der rohstoffarmen BRD als wichtigstes standortsicherndes Gut" größte Bedeutung hat.

Rüttgers sprach sich plakativ ebenfalls gegen jegliche Form von Studiengebühren aus (Beifallsstürme waren hier vorprogrammiert), stellte zugleich fest, es könne gar nicht "zu viele Studenten geben". Zur sog. Experimentierklausel im Hochschulrahmenstrukturgesetz (HRSG), die den einzelnen Bundesländern und auch den Universitäten selbst die Durchführung von Modellsstudiengängen auf Probe gestattet, stellte er fest: "Mit Menschen experimentiert man nicht."

Im Anschluß folgten die sechs verschiedenen Foren mit Podiumsdiskussionen, für welche die Zeit in anbetracht der sehr kontrovers diskutierten Themen zu knapp bemessen war. Wir konnten zwei dieser Diskussionsrunden - Studiengebühren bzw. Hochschulzulassung - besuchen.

FORUM I: HOCHSCHULZULASSUNG (Julia)

Zum Forum Hochschulzulassung waren folgende Podiumsgäste geladen:
-Henning Berlin, Präsident des Zentralen Vergabestelle für Studienplätze
-Josef Kraus, Präsident des Deutschen Lehreverbandes
-Christian Lenzer, Bildungspolitischer Sprecher der CDU/CSU
-Prof. Hans-Joachim Meyer, Sächs. Staatsminister für Wissenschaft und Kunst
-Dr. Nowack, Universität Witten-Herdecke

Es bildeten sich während der Diskussion zwei Lager:
Die drei Erstgenannten traten dafür ein, die Abiturnote als einziges Hochschulzulassungskriterium zu erhalten. Einer der Gründe war die allgemein akzeptierte Behauptung, daß Abschlußprüfungen immer aussagekräftiger als Eingangstestate sind.

Damit man aber aus dem Abitur eine verbindliche Aussage ziehen kann, verlangte Herr Lenzer einen Minimalkonsens zwischen den einzelnen BildungsministerInnen der Länder, der einen für alle AbiturientInnen verbindlichen Fächerkanon (d.h. 5 Grundfächer, die bis zum Abitur von allen SchülerInnen belegt werden müssen) zusammenstellt. Hier erntete er scharfen Widerspruch von dem die Diskussionsrunde souverän beherrschenden Prof. Meyer, der feststellte, daß es müßig sei darüber zu sprechen. In der Vergangenheit habe man häufig genug versucht, solch einen Konsens zu erzielen und sei daran gescheitert, es gäbe keinen Grund anzunehmen, daß sich dies in der nächsten Zukunft ändern werde. Aus diesem Grunde forderte auch Herr Kraus eine Aufhebung der Bildungshoheit der Länder, um schärfere Regelungen im Schulalltag durchsetzen zu können (bei der Notengebung, Versetzung, etc.), zur Einführung eines Zentralabiturs, vor allem aber um eine Beschränkung in der Abiturzulassung einzuführen. Diese Denkrichtung wurde zwar von einem der Zuhörer aufgegriffen (Einrichtung von Eliteschulen), von der Mehrheit aber glücklicherweise ignoriert.

Im Gegensatz zu diesen Meinungen schlug Prof. Meyer vor, den Universitäten in Zukunft die Möglichkeit zu geben, zumindest einen Teil der StudienplatzbewerberInnen selbst auszusuchen. Dies fördere den Wettbewerb unter den Universitäten

(jeder will, daß sich die besten StudentInnen an der eigenen Universität bewerben) und rege die Universitäten zu mehr Leistung und mehr studentenorientierten Angeboten an. Eine derartige Konstellation ist schon seit langem in den USA üblich. Die Auswahl solle v.a. anhand der detaillierten Abiturzeugnisse stattfinden, nur in zweifelhaften Fällen sollten die BewerberInnen zu Gesprächen eingeladen werden. Dieses bedeutet dann, daß bei Studienplatzmangel (d.h. an beliebten Universitäten) z.B. für das Medizinstudium StudentInnen, die Biologie abgewählt hatten, benachteiligt wären gegenüber den anderen BewerberInnen.

Dieser Vorschlag wurde von einem Gymnasialdirektor aus dem Publikum scharf kritisiert, da es an kleinen ländlichen Gymnasien keineswegs möglich ist, alle gewünschten Kurse anzubieten. Außerdem bedeutet solch eine Regelung, daß sich SchülerInnen bereits bei der Wahl ihrer Oberstufenkurse für die Richtung ihres späteren Studiums festlegen. Gerade unter den naturwissenschaftlichen NobelpreisträgerInnen, wurde von Herrn Krause angemerkt, gibt es aber einige mit einer v.a. humanistischen Schulbildung,die unter solchen Bedingungen vielleicht gar nicht zu dem von ihnen gewählten Studium zugelassen worden wären, zumindest aber nicht an eine gute Universität gekommen wären. Dazu erwiderte Prof. Meyer nur, daß es genug Sechzehnjährige gibt, die sich in diesem Alter schon für ihre Lehre entscheiden. Daß man dasselbe nicht von GymnasiastInnen verlange, läge an der Feigheit der PolitikerInnen, den Jugendlichen ihre Eigenverantwortlicheit klarzumachen.

Aus dem Publikum wurde aber richtig angemerkt, daß es bei vielen Studiengängen auch gar nicht möglich ist, eine direkte Korrelation Schulfach-Studienfach herzustellen. Insofern spricht vieles für das von Dr. Nowack vorgestellte Witten-Herdecker Modell, bei dem die Universität zwar sehr wohl ihre StudentInnen selbst auswählt, allerdings über Bewerbungsgespräche, bei denen viel Wert auf extra-schulisches Engagement und Praktika gelegt wird. In diesem Zusammenhang äußerten sich zwei Studenten aus dem Fachbereich BWL in Ingolstadt. Dort wird seit ein paar Jahren eine BewerberInnenauswahl durch Eingangsgespräche realisiert, und es konnten zwei Entwicklungen beobachtet werden; zum einen machen sich nun fast alle BewerberInnen mehr Gedanken über ihre Wahl und sind meist besonders motiviert, zum anderen engagieren sich nun auch die ProfessorenInnen viel mehr für „ihre" StudentInnen.

Leider ist es allerdings wohl unrealistisch anzunehmen, daß solch eine Regelung für alle Universitäten finanzierbar ist. Insgesamt wurde aber offensichtlich, daß es aufgrund des herrschenden Mißverhältnisses zwischen StudienplatzbewerberInnen und Studienplätzen (1,8 Millionen zu 890.000) wahrscheinlich eine „Abitur +???-Regelung" geben werden muß.

FORUM II: STUDIENGEBÜHREN (Ute)

Hier wurde zunächst von Staatssekretär Dr. Christoph-E. Palmer aus dem Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg eine mögliche Form der Studiengebühren vorgestellt (die er als solche aber nicht bezeichnet haben möchte), wie sie ab dem WS 97/98 in B.-W. eingeführt wird: Jede/r Studierende hat ein sog. kostenloses "Bildungsguthaben" für die Dauer der Regelstudienzeit plus vier Toleranzsemester. Bei Überschreitung dieser Zeit müssen Studierende 1000 DM/Semester zahlen. In bestimmten Ausnahmefällen (Studierende sind bereits Kindererziehende, befinden sich in Promotion, empfangen BAFÖG u.ä.) sollen diese Regelungen gelockert werden können. Die Gelder seien nicht für die Finanzierung von anderen Haushaltslöchern gedacht, sondern sollen alleine den Hochschulen zugeführt werden. Die Realisierbarkeit gerade des letzten Punktes wurde von einigen Teilnehmern angezweifelt. Seinen Ausführungen schloß sich im wesentlichen später auch Prof. Dr. Helmut J. Schmidt, Vizepräsident des Deutschen Hochschullehrerverbandes, an. Dieter Dohmen vom Forschungsinstitut für Bildungs- und Sozialökonomie setzte sogar noch eins drauf, indem er meinte, daß 1000 DM nicht merklich genug wären, um Langzeitstudierende zur Vernunft zu bringen.

Palmer erwähnte noch eine weitere Möglichkeit der Hochschulfinanzierung, die auch in der späteren Diskussion zwischen einigen Wissenschaftsministern und einer -ministerin aufgegriffen wurde (s.u.): StudienabsolventInnen mit entsprechender Graduierung und Einkommen sollen in Form eines "Refinanzierungsmodells" den akademischen Nachwuchs durch Einzahlung in einen Studienfond unterstützen.

Die Befürworter der Studiengebühren führten als Argument auch auf, daß hierdurch die Zahl der StudiumsabbrecherInnen (in B.-W. 25% der StudienanfängerInnen) gesenkt werden würde, hierdurch die Zielstrebigkeit der jungen Menschen gefördert (*erzwungen? Anm. der Autorinnen*) und Studienfachwechsel verringert werden würden.

Um den LeserInnen nur mal zu zeigen, wie wertvoll wir sind: ein Studium der Medizin kostet im Schnitt 160-180.000 DM, übertroffen nur von der Chemie mit 200.000 DM. Eine Aufschlüsselung dieser Zahlen wurde leider nicht gegeben, aber dennoch wurde hier eine logische Notwendigkeit zur zügigen, schnellstmöglichen Studienabsolvierung gesehen. Dem Argument eines Forumsteilnehmers, daß Langzeitstudierende die Unis an sich ja nichts kosten würden, konnten die Podiumssitzenden merkwürdigerweise nichts entgegensetzen...

Palmer - wie andere Teilnehmer auch - hält Rüttgers Stellung gegen die Einführung von Studiengebühren bei der derzeitigen Finanzentwicklung für absolut unrealistisch.

Dr. phil. Josef Lange als Vertreter der Hochschulrektoren (Generalsekretär der Hochschulrektorenkonferenz HRK) sprach sich ebenfalls gegen Hochschulgebühren aus, da er hierin primär ein Anliegen der FinanzministerInnen und ein Versagen derselben in einer adäquaten Haushaltsführung der Länder/des Bundes sieht. Die Garantie der Bildung für alle BürgerInnen, die sich für ihn durch die Abschaffung der Studiengelder in den 70er Jahren erfüllt hatte, würde hierdurch auf die Universitäten abgeschoben und nicht mehr gewährleistet werden können.

VORTRAG BIEDENKOPF

Nach den Foren sprach Prof. Dr. Kurt Biedenkopf (Ministerpräsident von Sachsen, CDU), der schwerpunktmäßig einige Eckpunkte der geplanten Hochschulreform (Hochschulreformstrukturgesetz - HRSG) darlegte. Er unterstrich die Notwendigkeit, den Universitäten eine größere Finanzautonomie zu verleihen und sie so zu befähigen, kleinere und mittelfristige Investi-



tionen selbst und damit unbürokratischer zu tätigen. Weitere Forderungen des Eckpunktepapiers sind z.B. weitere Rationalisierungen im Hochschulwesen (nach Biedenkopfs Worten sind noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft) sowie eine gesetzliche Regelung, Berufungen von ProfessorInnen verstärkt außer nach fachlichen Kriterien auch unter pädagogisch-didaktischen Gesichtspunkten vorzunehmen. Hiermit hängt auch das Ziel zusammen, eine Qualitätskontrolle der Lehre z.B. durch Evaluationen unter Einbezug der Studierenden durchzuführen. Das sächsische Hochschulgesetz hat diese Forderung bereits aufgegriffen.

Auch wenn Biedenkopf sehr stark für eine inhaltlich dezentralisierte Studienausrichtung plädierte, d.h. auch für die o.g. Experimentierklausel, hielt er es doch auch für wichtig, eine stärkere Kompatibilität zwischen den Ländern aufrechtzuerhalten, um einen problemlosen Wechsel zwischen den Universitäten zu gewährleisten.

In der von dem Reformpapier geforderten durchschnittlichen Verkürzung des Studiums sieht Biedenkopf das größte Problem bei den Universitäten selbst und nicht bei den sog. Langzeitstudierenden, da es anscheinend den einzelnen Fachbereichen bundesweit unmöglich ist, sich untereinander vernünftig zu koordinieren und damit eine sinnvolle Raffung der Studieninhalte zu ermöglichen. Aus eigener Erfahrung befürchtet er, daß die hier beinhalteten Möglichkeiten aufgrund des Widerstandes der ProfessorInnen nicht nutzbar sein werden.

Als unausweichlich sieht er die Entwicklung einer neuen Form der Hochschulzulassung, evtl. im Sinne einer Aufnahmeprüfung der Universität und/oder eines Bewerbungsgespräches, er hält eine Auswahl aufgrund der Abiturnote alleine für wenig aussagekräftig. Allerdings ließ er durchblicken, daß dafür die Leistungsfächer der Oberstufe in die Aufnahmeentscheidung einfließen sollten/könnten, sprich: Wer z.B. Medizin studieren will, hätte mit Deutsch und Englisch als Leistungsfächern das Nachsehen.

ABSCHLUSSPODIUM

Auf dem Abschlußpodium gab sich dann nochmal die Gelegenheit, Meinungen und Vorschläge zum Thema Studienreform/ Studiengebühren zu erfahren. Unter der Moderation von Karl-Heinz Reith, Mitarbeiter der dpa, sollten eigentlich Fragen aus dem Publikum beantwortet bzw. diskutiert werden, was dann auch teilweise der Fall war, aber eben v.a. an eben genannten zwei Themen stattfand. Neben teilweise politik-typischem Nicht-Beantworten von Fragen, indem sie mit leeren Worthüllen erwidert wurden, kam es doch auch zu einigen Aussagen.

Peter Radunski als Vertreter Berlins stimmte als einziger für die Einführung von Studiengebühren, dies allerdings auch in vehementer Art und Weise. Er plädierte für ein hartes Durchgreifen gegen StudienabbrecherInnen, -wechslerInnen und Langzeitstudierende, außer durch Studiengebühren und Strafgelder z.B. auch durch die Forderung, daß Studierende spätestens zwischen dem 4. und 6 Semester sich (z.B. in einem Gespräch mit der Uni) entscheiden müssen, ob ihre Zukunft in dem gewählten Fach liegt oder nicht, um auf direktem Weg zum Ziel zu gelangen. Die absurde Behauptung, daß Studiengebühren von 1000 DM/Semester doch mindestens von "50% der Studenten selbständig ohne Unterstützung in der BRD getragen werden könnten" aufgrund der "Erbensituation in diesem Lande", wenn er "sich ansehe, welche Gelder zwischen den Generationen transferiert werden", erweckte im Publikum dicke Fragezeichen über den Köpfen, Lachen, Murren und Buhen, so daß er schließlich gezwungen wurde aufzuhören. Helga Schuchardt aus Niedersachsen hielt ihm entgegen, daß AbbrecherInnen und Langzeitstudierende durchaus keine leistungsunfähigeren Menschen seien, auch Hans-Joachim Meyer aus Sachsen fand, daß es "nicht darum geht, daß möglichst schnell studiert wird". Dieser sprach sich auch strikt gegen die Einführung von Studiengebühren aus, weil dies wiederum zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Studiendauer und zu familien- bzw. sozialpolitischen Problemen führen würde. Von ihm wurde die Idee eines in dem Forum "Studiengebühren" bereits erwähnten AkademikerInnen-Studienfonds aufgegriffen, die von Prof. Jürgen Zöllner, Rheinland-Pfalz, noch erweitert wurde: AkademikerInnen mit überdurchschnittlichem Einkommen sollen für den wissenschaftlichen Nachwuchs sorgen.

Soweit einige wesentliche Aussagen.

FAZIT

Einer unserer Haupteindrücke dieser Veranstaltung war die wissenschafts- und leistungsorientierte Richtungsweisung in die Zukunft, das Ausrufen der geistigen Elite, da nur die Wissenschaften die Gesellschaft voranbringen (in diesem Sinne Herr Rüttgers).

Viele der GegnerInnen von Studiengebühren betonten, daß sie selbst nicht hätten studieren können, wenn sie ihre Ausbildung hätten bezahlen müssen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit andere den Bezug zur Basis verloren haben.

Was uns immer wieder stutzen läßt, ist die Tatsache, daß die Studierenden selbst nie in Entwicklungen oder Entscheidungen oder Abstimmungen einbezogen werden, wir außer öffentlicher Meinungsäußerung keine wirklichen direkten Mitspracherechte haben. Wenigstens diese Möglichkeit sollten wir aber nutzen...

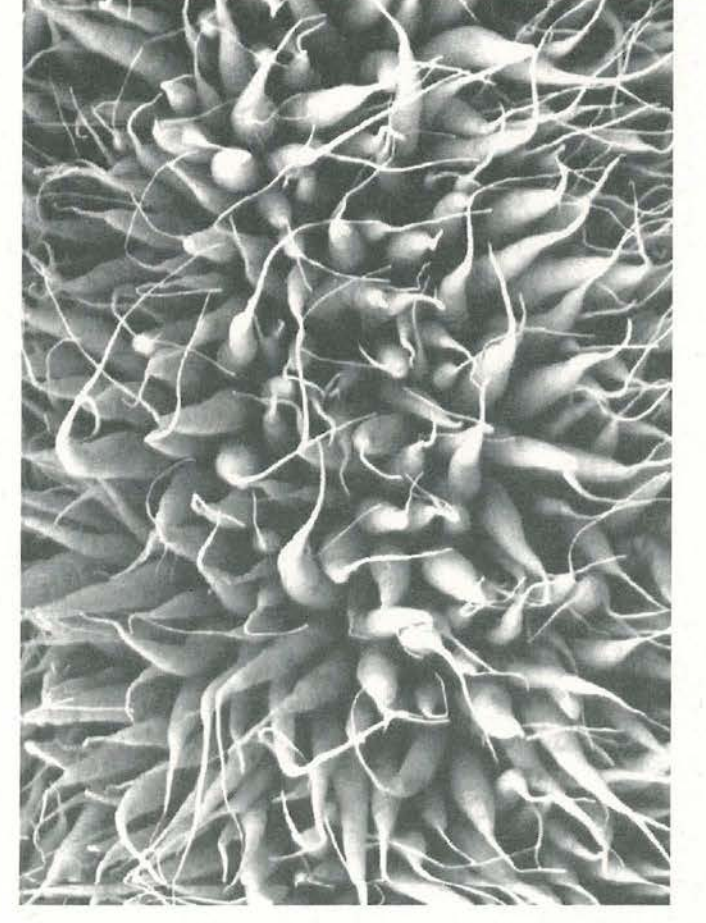
Julia v.Puttkamer und up

... und die Auseinandersetzung blieb mal wieder auf der Strecke...

Zum Vortrag "Wunschkinder - Kinderwunsch?" am 05.11.96 im Rahmen der Frauenringvorlesung, initiiert und organisiert von der Frauenbeauftragen der MUL.

Thema, Vortragende (Dr. Kowalcek, Psychologin und Ärztin an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der MUL) und öffentlicher Diskussionsbedarf versprachen einen informativen Abend, an dem sich Gelegenheit bot, Vorteile und Befürwortung der Machbarkeit der künstlichen Befruchtung - und assoziierte Themen wie Pränatalmedizin und Präimplantationsdiagnostik - ebenso wie Bedenken und Einwände gegen dieselben zur Sprache zu bringen.

Stattdessen erhielten die Zuhörenden lediglich eine Kurzübersicht über die Methoden der Sterilitätsbehandlung der hiesigen Klinik, wobei hier ein Ansprechen von klinischen Begleitproblemen der Fortpflanzungstechnologien, wie z.B. dem gehäuften Auftreten ektoper Schwangerschaften (i.d.R. Tubargravidität), von Mehrlingsgeburten oder eines Überstimulationssyndroms, nicht gegeben war. Bei letzterem Krankheitsbild kann es durch die hormonelle Stimulation des Ovars mittels Gonadotropinen (Humanes Menopausengonadotropin) oder GnRH-Analoga zu Symptomen wie - im leichten Fall - Bauchschmerzen und multizystischen Ovarien (für die IVF-Therapie in gewissem Maße erwünscht) - , im schweren Fall zu massiver Ovarvergrößerung, Aszites, Pleura-/ Perikarderguß, Hypovolämie, Hämokonzentration, Hyperkoagulabilität, Elektrolytverschiebungen und Leberenzymveränderungen kommen.



Bedauernswerterweise wurde auch die psychologische Komponente der Sterilitätsbehandlung nur in kleinen Teilbereichen angeschnitten. Die Gefühlslage der Patientin im Verlauf der Therapie wurde nur quantitativ in einer Stimmungskurve dargestellt, ohne weiter auf Hintergründe einzugehen. Die Belastung eines Sexuallebens nach strengem Plan; die Nebenwirkungen der hormonellen Behandlung; die Problematik für das beteiligte Paar bei mehrfachen frustranen Fertilisierungsversuchen oder - bei erfolgreicher Einnistung - die erhöhte Abortgefahr; die Tatsache, ein in-vitro-gezeugtes Kind auszutragen; - wo blieben jene oder ähnliche Bedenken?

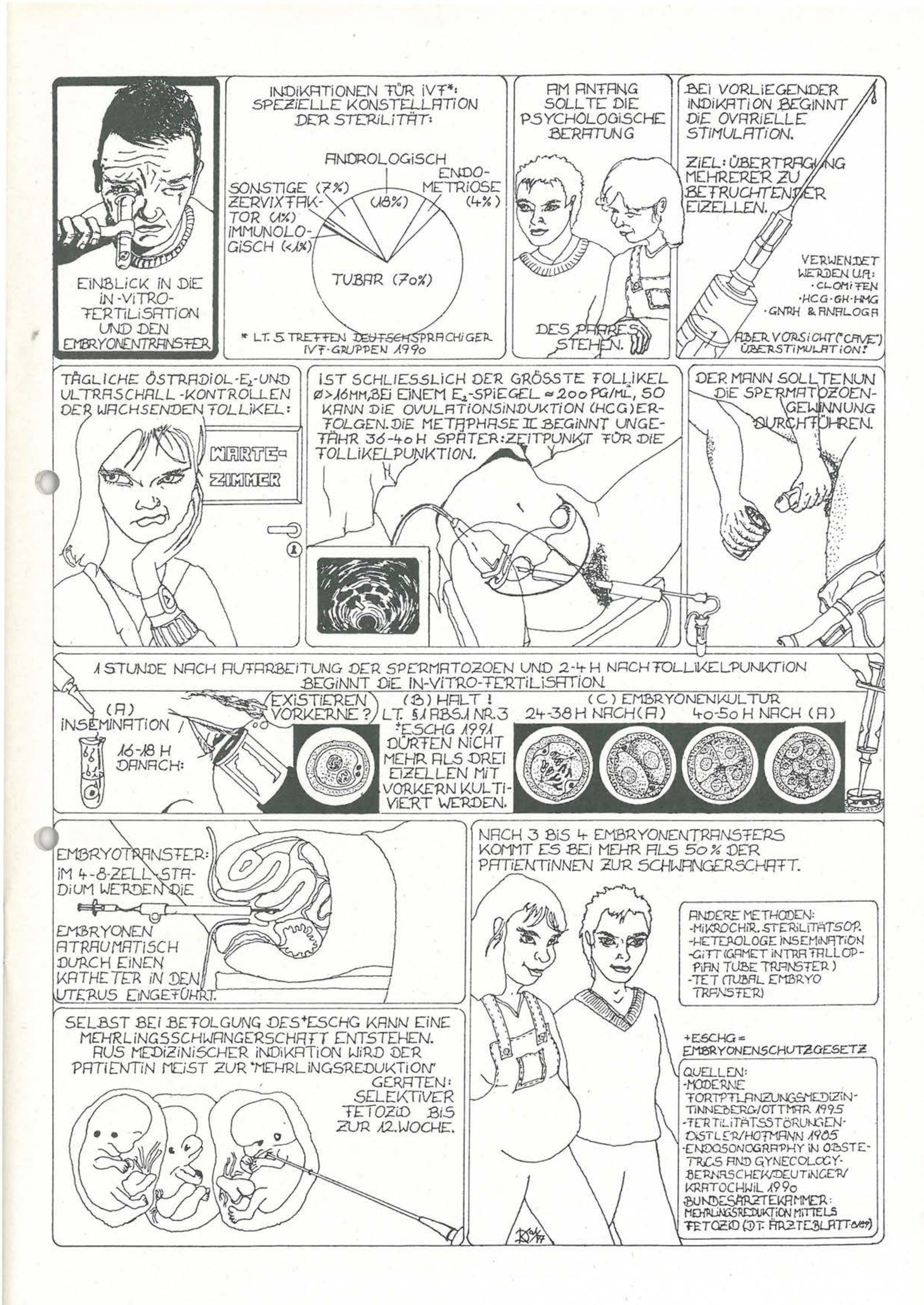
Warum keine Auseinandersetzung mit der ethischen Komponente des Themas? Es bestehen z.B. Berührungsängste mit dem Thema der Pränataldiagnostik, die letztlich eine sinnvolle und vollständige Durchführung der künstlichen Befruchtung darstellen soll, indem der Embryo im 4- oder 8-Zell-Stadium auf genetische Defekte untersucht wird und bei Vorliegen einer schwerwiegenden Abweichung, die voraussichtlich zum Abort führen würde, der Embryotransfer nicht durchgeführt wird. Zur Zeit ist dieses Verfahren in der Bundesrepublik - im Gegensatz zu vielen europäischen Nachbarländern wie Holland, Frankreich - wegen des derzeit geltenden Embryonenschutzgesetzes nicht möglich, wird aber auch hierzulande angestrebt.

Auch die Problematik des selektiven Fetozids wurde ausgespart: Falls alle 3 der i.d.R. fertilisierten und transferierten Eizellen heranreifen und -wachsen, wird, da hier nun eine Risikoschwangerschaft (für Mutter und Kinder) vorliegt, ggf. die Zahl der in utero erfolgreich implantierten Embryonen reduziert. Die Mehrlingsrate bei der IVF-Therapie bleibt dennoch erhöht, was zu einer erhöhten Frühgeburtenrate und perinatalen Sterblichkeit führt.

Dies sollen nur Beispiele dafür sein, was hätte thematisiert werden *können*, als kleine Auswahl für ein Mögliches. Wenn - als Vortragende - natürlich nicht von vorneherein alle möglichen Aspekte berücksichtigt werden können, sollte es doch möglich sein, Fragen zu diskutieren. Da der Vortragsstil an sich sehr fahrig und unsouverän war, auch beim alleinigen Ablesen des Textes diesem keine Kontinuität gegeben war, war das Gesamtbild verwirrend bis nichtssagend.

Als ZuschauerIn ging man davon aus, daß, da eine Frau aus der klinischen Praxis sprach, Ausschnitte der Behandlung an die Öffentlichkeit gelangen und dort diskutiert werden würden. Leider hielten sich die Worte an der Oberfläche, eine Auseinandersetzung war nicht möglich.

up, JS und OA



EINBLICK IN DIE IN-VITRO-FERTILISATION UND DEN EMBRYONENTRANSFER
INDIKATIONEN FÜR IVF*: SPEZIELLE KONSTELLATION DER STERILITÄT:
ANDROLOGISCH (18%)
ENDO-METRIOSE (4%)
SONSTIGE (7%)
ZERVIXFAKTOR (1%)
IMMUNOLOGISCH (<1%)
TUBAR (70%)
* LT. 5. TREFFEN DEUTSCHSPRACHIGER IVF-GRUPPEN 1990
AM ANFANG SOLLTE DIE PSYCHOLOGISCHE BERATUNG
DES PAARES STEHEN.
BEI VORLIEGENDER INDIKATION BEGINNT DIE OVARIELLE STIMULATION.
ZIEL: ÜBERTRAGUNG MEHRERER ZU BEFRUCHTENDER EIZELLEN.
VERWENDET WERDEN U.A.: ·CLOMIFEN ·HCG·GH·HMG ·GNRH & ANALOGA
ABER VORSICHT ("CAVE") ÜBERSTIMULATION!
TÄGLICHE ÖSTRADIOL-E2-UND ULTRASCHALL-KONTROLLEN DER WACHSENDEN FOLLIKEL:
WARTE-ZIMMER
IST SCHLIESSLICH DER GRÖSSTE FOLLIKEL Ø>16MM, BEI EINEM E2-SPIEGEL ≈ 200 PG/ML, SO KANN DIE OVULATIONSINDUKTION (HCG) ERFOLGEN. DIE METAPHASE II BEGINNT UNGEFÄHR 36-40 H SPÄTER: ZEITPUNKT FÜR DIE FOLLIKELPUNKTION.
DER MANN SOLLTE NUN DIE SPERMATOZOEN-GEWINNUNG DURCHFÜHREN.
1 STUNDE NACH AUFARBEITUNG DER SPERMATOZOEN UND 2-4 H NACH FOLLIKELPUNKTION BEGINNT DIE IN-VITRO-FERTILISATION.
(A) INSEMINATION / 16-18 H DANACH:
EXISTIEREN VORKERNE?
(B) HALT! LT. §1 ABS.1 NR.3 +ESCHG 1991 DÜRFEN NICHT MEHR ALS DREI EIZELLEN MIT VORKERN KULTIVIERT WERDEN.
(C) EMBRYONENKULTUR
24-38 H NACH (A)
40-50 H NACH (A)
EMBRYOTRANSFER: IM 4-8-ZELL-STADIUM WERDEN DIE EMBRYONEN ATRAUMATISCH DURCH EINEN KATHETER IN DEN UTERUS EINGEFÜHRT.
NACH 3 BIS 4 EMBRYONENTRANSFERS KOMMT ES BEI MEHR ALS 50% DER PATIENTINNEN ZUR SCHWANGERSCHAFT.
ANDERE METHODEN: -MIKROCHIR. STERILITÄTSOP. -HETEROLOGE INSEMINATION -GIFT (GAMET INTRA FALLOPIAN TUBE TRANSFER) -TET (TUBAL EMBRYO TRANSFER)
SELBST BEI BEFOLGUNG DES +ESCHG KANN EINE MEHRLINGSSCHWANGERSCHAFT ENTSTEHEN. AUS MEDIZINISCHER INDIKATION WIRD DER PATIENTIN MEIST ZUR "MEHRLINGSREDUKTION" GERATEN: SELEKTIVER FETOZID BIS ZUR 12. WOCHE.
+ESCHG = EMBRYONENSCHUTZGESETZ
QUELLEN: -MODERNE FORTPFLANZUNGSMEDIZIN-TINNEBERG/OTTMAR 1995 -FERTILITÄTSSTÖRUNGEN-DISTLER/HOFMANN 1985 -ENDOSONOGRAPHY IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY-BERNASCHEK/DEUTINGER/KRATOCHWIL 1990 BUNDESÄRZTEKAMMER: MEHRLINGSREDUKTION MITTELS FETOZID (DT. ÄRZTEBLATT 8/89)

DIE PILLE - DIE SEXUELLE BEFREIUNG FÜR WEN ?!?

Hat sie die Lorbeeren wirklich verdient?

Die Pille ist mit Abstand das sicherste Verhütungsmittel, sie verhalf der Frau zur sexuellen Revolution, indem ihr die Sorge über die ungewollte Schwangerschaft genommen wurde. - ???

Der erste Teil der Aussage ist sicherlich nicht zu bestreiten, bietet die Pille mit einer theoretischen Zuverlässigkeit = Pearl-Index (Zahl der Schwangerschaften, die bei 100 Frauen innerhalb eines Jahres eintraten) von ca. 0,2-0,5 bei Ein-Phasen-Präparaten und 0,8 bei Mehr-Phasen-Präparaten schließlich die höchste Sicherheit aller Verhütungsmittel, übertroffen nur von operativen Maßnahmen wie Tubensterilisation oder Gebärmutterentfernung.

Grund zum Jubeln, wie es in obiger ähnlichen Aussagen immer wieder herauszulesen oder -zuhören ist, stellt ihre Erfindung allerdings nicht dar, wenn sowohl die historische Ausgangssituation als auch der aktuelle Umgang betrachtet werden: "Die Vermutung, die Wissenschaftler hätten die Pille entwickelt, um die Frauen vor Angst, Verzweiflung und Tod zu bewahren, wäre ziemlich voreilig".

Bereits 1919 kam ein Physiologe, Ludwig Haberlandt, auf die Idee, durch Hormongabe dem Körper eine Schwangerschaft vorzutäuschen und damit Unfruchtbarkeit zu induzieren. "Die Wichtigkeit dieser Methode" lag für ihn allerdings in "sozial- und sexualhygienischer sowie in eugenischer Richtung (...) - zur Vermeidung einer minderwertigen Nachkommenschaft".

Die deutschen Wissenschaftler wurden bis zu den dreißiger Jahren führend auf diesem Gebiet. Die Forderung nach der gebärenden Deutschen zur Sicherung des Volksbestandes bremste den Wissenschaftszweig dann allerdings, unerwünschte Nachkommenschaft ließ sich "effektiver verhindern: durch zwangsweise Sterilisation".

Nach dem Krieg übernahmen die Amerikaner die Spitze in der Entwicklung, aber auch hier war das primäre Interesse ein anderes: "Es ging darum, die Vermehrung der Armen Lateinamerikas einzudämmen", die Bevölkerungsexplosion der sog. "Dritten Welt" zu mindern. So wurde das erste Präparat denn auch in Puerto Rico getestet.(1)

Am 1. Juni 1961 kam in Deutschland die erste Antibaby-Pille auf den Markt. Sollte nun die Enttabuisierung des Geschlechtsverkehrs und ein gleichberechtigter, angstfreier Umgang mit der Sexualität folgen ? SCHEINBAR ja. Im Zuge der sexuellen Revolution wurde Ende der 60er/Anfang der 70er die Erfüllung in zwangloser Körperlichkeit und Lust verkündet. Kritische Frauen stießen damals bereits auf eine andere Seite der "Freiheit" und gingen kurioserweise mit einem unvermuteten Partner gegen die Umstände an: "Man kann die Befürchtung haben, daß der Mann, wenn er sich an die Anwendung empfängnisverhütender Mittel gewöhnt,...die Achtung vor der Frau verliert und ...sie einfach als Werkzeug selbstsüchtiger Befriedigung betrachtet." Diese Worte schrieb keine Feministin, sondern Papst Paul VI. Die Worte der Feministinnen waren und sind ähnlich: die Pille sei ein Underdückungsinstrument, um Frauen jederzeit verfügbar zu machen, auch auf Kosten ihrer Gesundheit, ihrer Libido und ihrer sexuellen Bedürfnisse.

In der Tat führte der sorglosere Umgang mit der Sexualität nicht zu einer "befriedigenden" Wandlung, was die Erfüllung der weiblichen Wünsche betrifft: In einer Studie von Konrad Sprai (2) kommen 30% der befragten Frauen auch bei einem festen Partner nie zum Orgasmus (bei lockeren Beziehungen sieht das Fazit noch schlechter aus), ähnliche Zahlen sind im Hite-Report (3) und anderen Untersuchungen (4) zu finden. Diese Zahlen ähneln sich seit vielen Jahren, eine wesentliche Veränderung zum Positiven ergab sich bisher nicht.

In der Regel bessert sich die Bilanz mit zunehmendem Alter der Frau, was in vielen Analysen lediglich mit der vermeintlichen "körperlichen Reifung der Frau" (vor allem der genitalen) bis ca. zum 30. Lebensjahr begründet wird. Möglicherweise ist Frau ja auch zu der Einsicht und Fähigkeit gelangt, daß offensichtlich ohne ein überdeutliches, vielleicht auch mal unangenehmes Hinweisen auf und Aufklären über Lustzentren keine Besserung eintritt; daß Frauen mit der Zeit genauer wissen, was sie wollen und brauchen, und genau dieses auch einfordern. Von sich aus fragt der männliche Part schließlich in zu vielen Fällen weder sich noch die Partnerin nach ihrem Befinden und meint, entweder aus Unwissenheit oder aus Ignoranz, daß das kontinuierliche Rein-Raus wohl schon zum Ziel führe. Bleibt die Frage: Welches Ziel ?

Daß Männer - statistisch gesehen - dabei unter gnadenloser Selbstüberschätzung leiden, zeigt ein weiteres Teilergebnis o.g. Sprai-Studie: "Glauben Sie, daß Sie in der Lage sind, eine Frau sexuell glücklich zu machen?" wurde gefragt, in 88% der Fälle mit einem überzeugten "Ja, natürlich!" geantwortet - offensichtlich besteht hier ein gewisser Realitätsverlust. Bei der etwas spezieller gestellten Frage "Was nehmen Sie an, wie Ihre Frau/ Freundin auf die Frage, ob sie beim letzten Geschlechtsverkehr mit Ihnen einen Orgasmus hatte, antworten würde?" kam in 25% der Fälle eine Antwort wie "Meine Frau/Freundin hat da so ihre Probleme", bei 14% "Da bin ich mir nicht so sicher". Die Ursache für das wunschlose Unglück liegt also bei der Partnerin, denn er besitzt ja das Potential?! Woher kommt denn diese die Frauen befriedigende Fähigkeit des Mannes, wenn oftmals nicht mal bekannt ist - unter Akademikern auch nicht häufiger als bei einfachen Arbeitern - woraus sich das weibliche Genital eigentlich zusammensetzt, wo eigentlich ihr Lustzentrum ist, bzw. wenn "das Loch" an sich für dieses gehalten wird? 2/3 der Männer wissen offensichtlich nicht, wo sie hineinwollen und was sie erreichen wollen - wenn es sie überhaupt interessiert.

Die vielversprechende Aussage, die Pille ermögliche die "sexuelle Befreiung der Frau", hat sich damit nur in Teilen

erfüllt. Das Geschlecht(er)verständnis hat offensichtlich keine großen Schritte gemacht - Tendenz in vielen Hinsichten sinkend. Die zunehmende Gewöhnung des Mannes an die Pille bedingt z.B. auch, daß unter Umständen schon gar nicht mehr nach ihrer Anwendung gefragt wird, die Frage "Nimmst du die Pille ?" oder auch das diskretere "Nimmst du irgendwas ?" (die eigentlich lauten muß "Wie wollen wir verhüten ?") wird nicht mal mehr gestellt, Frau streut dann evtl. im Laufe der Entwicklung ein: "Ähm, übrigens, da wäre noch ein Problem..."

Ein bewußter Umgang mit Verhütungsmitteln wird eher verhindert als nahegebracht. Ausliegende Informationsbroschüren und Werbung in Zeitschriften greifen z.B. die günstige Wirkung der Pille bei Hautproblemen auf - "Akne? Kein Problem!" Auf die antikonzeptionelle Wirkung wird hier in einer Broschüre nur im Nebensatz eingegangen, auf die Nebenwirkungen in keiner Weise *(siehe Infokasten Nebenwirkungen)*. Dabei führen gerade diese möglichen Begleiterscheinungen bei einigen Frauen zu der Entscheidung, die Pille abzusetzen.

Bei einer Beratung in der gynäkologischen Praxis wird die Pille gerade bei jungen Frauen nahezu immer an erster Stelle genannt und nahegelegt, ohne wenigstens auf andere, evtl. weniger in den Organismus eingreifende Methoden ernsthaft hinzuweisen, über die Hintergründe aufzuklären, geschweige denn, sie zu empfehlen. Kondome und Intrauterinpessar ("Spirale", IUP) bilden da möglicherweise noch Ausnahmen.

Das Diaphragma als eine der Ausweichmöglichkeiten findet sich sogar in einem Informationsheft der Firma SCHERING mit einer "mittleren Zuverlässigkeit" von 3-5 (gleiche Stufe wie Kondom), die sympto-thermale Methode (Beurteilung der fruchtbaren Tage durch Temperaturmessung und Beobachtung des Cervixschleims) mit einer - für manche unerwarteten - "hohen Zuverlässigkeit" von 1-3 (Sicherheit wie IUP) *(siehe Infokasten Pearl-Index)*.

Beide Methoden sind in der üblichen Gynäkologie-Praxis unpopulär: Eine Anpassung des Diaphragmas und Üben des Einsetzens ist zeitaufwendig, die Erklärung der sympto-thermalen Methode langwierig. Nicht zuletzt mangelt es an dieser Stelle an Einsatz und Interesse des Gynäkologen oder der Gynäkologin, ebenso wie wohl auch finanzielle Gründe eine Rolle spielen - das Anpassen des Diaphragmas ist im Verhältnis unzureichend vergütet, ebenso das Gespräch über die Basaltemperatur-Methode.

An dieser Stelle soll nicht die vermeintliche Erkenntnis propagiert werden, die Pille sei des Übels alleinige Wurzel. Es soll jedoch der Glorifizierung der Pille gegenüber anderen Möglichkeiten ein Stück Zweifellosigkeit genommen werden. Andere Verhütungsmethoden können evtl. dazu beitragen, daß sowohl Frau als auch Mann sich mehr mit dem Körper der Frau beschäftigen im Sinne von "Kennenlernen" und "Verstehen", vielleicht gerade weil die anderen Methoden den einfachen, schnellen Ablauf etwas bremsen oder weil sie das Immer-und-Überall nicht ermöglichen. Durch die häufigen Hinweise auf die "Umständlichkeit" dieser Möglichkeiten in der Literatur oder im ärztlichen Gespräch kann die Hemmschwelle jedoch sicherlich erst recht nicht abgebaut werden. Bei dem Umgang mit Methoden, die keine ad-hoc-Vereinigung ermöglichen, ist durchaus etwas mehr Einsatz gefordert. Ob daraus Umstand entsteht oder sich ein entspannter Umgang entwickelt, ist schon durch die Grundeinstellung mitbestimmt.

Zuverlässigkeit ausgewählter Kontrazeptiva, ausgedrückt im PEARL-INDEX = Schwangerschaften bei 100 Frauen innerhalb von 12 Monaten.

Um deutlich zu machen, wie problematisch es offensichtlich ist, Aussagen über die Sicherheit einzelner Verhütungsmethoden zu treffen, sind Werte aus vier verschiedenen gynäkologischen Lehrbüchern angegeben. Auch in der Definition des Begriffes Pearl-Index als theoretische Sicherheit sind sich nicht alle einig, manche unterscheiden ihn nicht von der praktischen Zuverlässigkeit. In keinem der Bücher waren Angaben über die Herkunft der Zahlen zu finden, so daß ihre Variationsbreite ungeklärt bleiben muß.
Die Werte sind oftmals von den Verhütenden entscheidend durch verantwortungsbewußte Umgangsweise positiv zu beeinflussen!

Tubenligatur	< 0,2 (7)	0-0,3 (8)	<0,3 (9)	0,05-0,3 (10)
Pille	0,2-0,5			
Kombinationspräparate		0-0,8	0,1-0,9	0,03-0,1
Sequenzpräparate		0-1,2	0,3-0,9	k.A.
Minipille	0,3-3	0,2-1,5	0,4-2,5	0,4-4,3
Depotgestagene	0,3-3,6	0,4-2,0	0,2-2,6	0,03-3,6
IUP	0,3-3	0,5-4,6	0,5-5,0	0,8-6
Vaginalschwamm	4-8	k.A.	k.A.	k.A.
Temperaturmethode	1-3	k.A.	1-3	0,5-3
Diaphragma + Spermizid	2,1-6	4-10	3-34	2,0-?
Kondom	3-3,6	3-14	3-28	7-14
Spermizide	4-6	0,8-20 (Tabl. 20 (Gelee) 12 (Spray)	0,7-7,0	5-42
Portiokappe	7	10-15	7	k.A.
Coitus interruptus	10-20	35	8-38	10-38
Cervixschleimbeurteilung	25	k.A.	k.A.	k.A.

Über Risiken und Nebenwirkungen...

...aus dem Standardwerk über Arzneimittelnebenwirkungen im englischsprachigen Raum "Meyler's Side Effect of Drugs" (MSED) und aus "Unser Körper, unser Leben - Ein Handbuch von Frauen für Frauen"

Stoffwechselstörungen: Bei manchen Pillenbenutzerinnen steigt das Körpergewicht an. Dies kann auf verstärkten Appetit, eine verstärkte Wasserretention oder auf den anabolischen Effekt des teilweise androgenen Progesterons zurückgeführt werden.

- *Kohlenhydratstoffwechsel*: leichte Grade von Insulinresistenz werden induziert -> bestehender oder subklinischer Diabetes mellitus ist Kontraindikation
- *Fettstoffwechsel:* Ob ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung arteriosklerotischer Krankheiten besteht (Östrogene erhöhen, Gestagene senken die Blutfette), wird offiziell noch kontrovers gesehen, aber es scheint doch ein leicht erhöhtes Risiko zu bestehen.
- *Vitaminstoffwechsel*: Vitamin C in Leukozyten und Thrombozyten ist vermindert, Umwandlung von Vitamin D3 in 25-Hydroxy-D3 gehemmt, Polyglutamat-Folat-Aufnahme im Darm vermindert, Vitamin B12-Mangel, Störungen im Vitamin B6-Stoffwechsel
- *Blutstoffwechsel:* Bindungskapazität div. Serumproteine verändert -> Eingreifen in Thyroxin-, Cortisol-, Serumeisentransport. Hämoglobin, Hämatokrit und Erythrozyten sind unter der Pille vermindert.
- *Leberstoffwechsel*: Veränderungen in der mikroskopischen Struktur der Leberzellen bei Langzeitanwendung, Veränderung der Gallenkanälchen, normalerweise ohne klinische Symptome. Erhöhung der Serumstransaminasen. Ikterus. Gallenstau. Wahrscheinlichkeit einer notwendigen Gallenblasenoperation bei Pillenbenutzerinnen 2mal so hoch. Gallensteine häufiger. Bei etwa 500 in den USA bekannt gewordenen Fällen eines hepatozellulären Adenoms hatten fast alle betroffenen Frauen die Pille genommen.
- *Verdauungstrakt:* Übelkeit, unklare Bauchschmerzen, Morbus Crohn
- *Haut:* verstärkte Pigmentation (Chloasma), Lichtsensibilität

Bluthochdruck: Beeinflussung des Adrenalin-Stoffwechsels, Angiotensin-Konzentration im Blut erhöht -> Hochdruck bei Pillenbenutzerinnen doppelt so häufig

Gerinnungsstörungen: bei Pillenbenutzerinnen häufiger tiefe Beinvenenthrombosen, Lungenembolien, Hirnthrombosen, Herzinfarkte, Netzhautthrombosen (Risiko doppelt so hoch). 1989 ist in einer Studie ein erhöhtes relatives Risiko für Herzinfarkt bei ehemaligen Pillenbenutzerinnen gefunden worden. Orale Kontrazeptiva verursachen einen Anstieg der Gerinnungsfaktoren I, II, VII, IX, X und XII ebenso wie einen Abfall des Antithrombin-III-Spiegels. Rauchen, Übergewicht und ein Lebensalter über 35 Jahre sind zusätzliche Faktoren.

Nebennierenrinde: Durch Progesteron wird die ACTH-Produktion bis zu einem gewissen Grad unterdrückt. Von daher ist auch die Cortisolsekretion aus der NNR erniedrigt. Hierdurch kann der Kohlenhydratstoffwechsel und die Streßreaktion beeinflußt werden. Es wurde NNR-Unterfunktion nach über einem Jahr dauernden Gebrauch künstlicher Sexualhormone gefunden.

Krebsentstehung: Das Risiko, an gut- oder bösartigen Lebertumoren zu erkranken, ist bei Pillen-Benutzerinnen erhöht. Unter Pillenbenutzerinnen, welche gehäuft Genitalinfektionen in der Krankengeschichte haben, gibt es eine verstärkte Tendenz, noch während der Einnahmephase an Cervix-Krebs zu erkranken. Ovarial-Carcinome treten bei Pillenbenutzerinnen seltener auf, das Risiko vermindert sich um 1/3 bis um die Hälfte. Die Pille wirkt sich ebenfalls schützend gegen Endometrium-Carcinome aus. Bezüglich der Entstehung von Brust-Tumoren gibt es widersprüchliche Studienergebnisse.

Pilzinfektionen: Unter der Pille kommen gehäuft Pilzinfektionen der Scheide und bakterielle Harnwegsinfekte vor. Die Ursache für das Auftreten von Scheidenpilz liegt in einer Erhöhung des pH-Wertes der Vaginalflora, zudem in einer abgeschwächten Immunantwort

Neurologische Störungen: Bei 25-60% der Pillenbenutzerinnen sind EEG-Veränderungen festgestellt worden, welche allerdings rückbildungsfähig sind. Diese EEG-Veränderungen sind wahrscheinlich auf Progesteronwirkung zurückzuführen. Östrogene sind wahrscheinlich epilepsiefördernd. Sensibilitätsstörungen der Haut sind wahrscheinlich auf eine Störung des Vitamin-Stoffwechsels zurückzuführen.

Psychische Störungen: depressive Verstimmungen, Reizbarkeit, Unruhe

Sonstiges: Kopfschmerzen, Brustspannen (östrogenbedingte Wassereinlagerung im Gewebe), Libidoveränderungen

...aber wie drückte Schmidt-Matthiesen es aus: Die negativen Nebenwirkungen werden v.a. von hypochondrischen Patientinnen beschrieben...

Wenn die Frau entscheidet, daß ihr andere Methoden zu unsicher sind, sei dies akzeptiert. Wenn der Mann aber seiner Partnerin, die Diaphragma, Kondom o.a. verwenden möchte, aus eigenen Bequemlichkeitsgründen davon abrät, ist das nicht annehmbar!

Wann wird es Menschen nicht mehr unangenehm sein, über Klitoris, Schamlippen, wirkungsvolle Stimulation zu sprechen, zu erfahren, zu entdecken?
Welchen Zeitraum wird es dauern, bis Männer (und Frauen) nicht mehr glauben, daß im Normalfall alles wie von selbst und "wie geschmiert" laufen muß?
Wie lange noch meinen sie, daß die Pille einer DER wichtigen Faktoren (neben anderen naheliegenden wie "Probleme in der Partnerschaft...,kognitiven Faktoren..., Erziehungsfaktoren..."(8) etc.) für's Gelingen ist, weil alles so sorglos ablaufen kann?
Leben wir immer noch in einer Ära von Männern, die einfach nur "drübersteigen"?
Es ist an der Zeit...

Die Entscheidung für die richtige Methode zur Schwangerschaftsverhütung findet jede und jeder selbst, aber zu einem Ergebnis kann mensch auch auf durchdachtere, selbst- und bewußtere Weise kommen, als es oftmals geschieht.
Der einfachere Weg ist der einfachere ist der einfachere...

Literatur:

(1): ZEIT-Magazin, 1996, Nr.22
(2): Sprai, Konrad: Liebe, Lust, Frust - Über die Unfähigkeit der Männer, Frauen glücklich zu machen, Holzinger, 1995
(3): Hite, S.: Hite Report - Das sexuelle Erleben der Frau.
(4): z.B. Kinsey, A.C.: Das sexuelle Verhalten der Frau
(5): z.B. The Boston Women's Health Book Collective: Unser Körper - unser Leben.
(6): Möller, H.-J., G. Laux, A. Deister: Psychiatrie.
(7): Klinikleitfaden Gynäkologie
(8): Knörr et al.: Geburtshilfe und Gynäkologie, Springer, 1990
(9): Rabe: Gynäkologie und Geburtshilfe, VCH, 1990
(10): Schmidt-Matthiesen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Schattauer, 1992

up

Verhütungsmittel - aus einer Praxis

Die Gesprächspartnerin S. befindet sich im 2. Jahr der gynäkologischen Fachärztinnenausbildung. Sie betreut und behandelt Patientinnen eigenständig in einer gynäkologischen Praxis in einer Kleinstadt, außerdem ist sie an der dortigen Klinik tätig.

bp: Welche Verhütungsmittel empfiehlst Du in der Praxis?

S.: Ich rate zu den verschiedensten Methoden spezifisch nach Alter, Sicherheitswunsch, Anamnese u.ä. Wenn Patientinnen absolute Sicherheit wollen, verschreibe ich die Pille oder lege eine Spirale, wenn ein Kind nicht eine absolute Katastrophe bedeutet oder andere Gründe gegen diese Möglichkeiten vorliegen, gehe ich auch zu Alternativen über. Ich nehme die Verhütungsberatung sehr ernst, Interessierten gebe ich nach dem Gespräch auch noch Informationsmaterial mit. Von einer Sterilisation rate ich in der Regel ab, wenn ich nicht 100%ig annehmen kann, daß die Familienplanung abgeschlossen ist. Ich empfehle dann auch eher eine Sterilisation des Mannes, der Eingriff ist risikoarmer. Das wird aber selten angenommen, schichtenunabhängig.

bp: Wie sieht es in der Praxis mit der Nutzung der Alternativen aus, z.B. Basaltemperatur-Methode?

S.: Es gibt lediglich eine 18-jährige, die ihre Basaltemperatur mißt, in den unsicheren (d.h. potentiell fruchtbaren) Tagen Kondome verwendet und damit gut klar kommt. Sonst habe ich keine Patientin, die sie anwendet. Gerade den jüngeren Frauen, Mädchen rate ich eher ab, die ich für nicht absolut zuverlässig halte, den meisten ist das ganze auch zu unpraktisch.

bp: Was ist mit Diaphragma, Portiokappe, Verhütungsschwämmen usw.?

S.: Diaphragma ist eher selten, passe ich aber an. Viele finden es zu umständlich. Die Sicherheit steigt hier übrigens mit dem Alter der Patientinnen, ältere Frauen gehen anscheinend sorgfältiger damit um. Bei der Portiokappe ist das Problem, daß sie eigenhändig nicht entfernt werden kann, die Frauen sind einmal im Monat vor der Menstruatuion auf den Frauenarzt angewiesen. Die Schwämme sind zu unsicher, höchstens in Kombination mit anderen Verhütungsmethoden sinnvoll.

bp: Wie alt ist Deine jüngste Pillenpatientin?

S.: 12 Jahre, vom biologischen Alter allerdings 16. Hier war die Entscheidung, wie bei vielen jungen Patientinnen, durch die Überlegung der Schadensbegrenzung gefällt. Es kommen viele junge Patientinnen, die vielleicht nicht so ganz genau über ihren Körper bescheid wissen, aber bereits Geschlechtsverkehr hatten, auch weiter haben werden, mit klaren Vorstellung zur Verhütung -"Ich will die Pille!"- in die Praxis. Wenn sie die Pille nicht bekommen würden, wäre dann wahrscheinlich bald das größere Problem einer Abtreibung vorhanden.

bp: Aus welchen Gründen wird die Pille von Frauen abgesetzt, außer Kinderwunsch?

S.: Meistens wegen Gewichtszunahme.

bp: Bei Auftreten von Nebenwirkungen verschreibst Du niedriger dosierte Präparate?

S.: Bei fast allen Patientinnen, v.a. bei Teenagern, fange ich generell mit den niedrigstdosierten Präparaten an, zur Zeit sind das LEIOS und MIRANOVA, die nur 0,2 µg Ethinylestradiol enthalten. Früher galt als Untergrenze 0,3 µg.

bp: Wie gehst Du mit den Kontraindikationen wie Rauchen, Adipositas, frühere Thrombosen, Hochdruck usw. um?

S.: Thrombosen oder andere gerinnungsbedingte Erscheinungen sind absolute Kontraindikationen. Eine Patientin, die schon eine Thrombose hatte und zusätzlich stark übergewichtig ist, wollte z.B. die Pille haben. In solchen Fällen überlege ich mit den Patientinnen andere Möglichkeiten.

bp: Worin siehst Du die Errungenschaft der Pille?

S.: Frauen bzw. Mädchen können absolut unbesorgt in Bezug auf Schwangerschaft ihre Sexualität ausleben. Ich habe gerade bei jüngeren Frauen dann auch extrem selten Schwangerschaftsabbrüche, meistens sind es ältere Frauen, die mit der Verhütung etwas ungenau umgehen.

bp: Danke für den Einblick in einen kleinen Teil der Praxis.



ProblemOrientiertes Lernen in Lübeck - den Kinderschuhen entflohen ???

Problemorientiertes Lernen, oder, wie es viele einfach nennen, POL, wird an unserer schnuckeligen Uni nunmehr seit fast fünf Semestern praktiziert. Trotzdem läßt die Abkürzung POL bei so manchem, wenn nicht bei der Mehrzahl unser Kommilitonen das große Fragezeichen im Gesicht erscheinen. Warum und gerade hier bei uns, wo doch sonst fast jeder von jedem weiß und kaum etwas verborgen bleibt...

Angefangen hat es, wie gesagt, im Wintersemester 1994/95 mit einer Gruppe von sechs motivierten Studierenden im damals fünften Semester, zu denen ich nach kurzer Zeit als Tutor hinzustieß. Darin spiegelt sich bereits ein Grundprinzip des POL wieder, nämlich daß die Initiative von den Studierenden selbst ausgeht und es sich nicht um eine weitere Lehrmethode von "oben" handelt. POL ist keine Lehr- sondern eine Lernmethode, die dazu beitragen soll, unseren öden Ankreuzalltag durch Eigeninitiative etwas aufzuheitern.

Wer mehr über die Methode des problemorientierten Lernens erfahren möchte, muß entweder alte Ausgaben der bauchpresse herauskramen oder mal im AStA vorbeischauen oder die eine oder den anderen fragen, die/der inzwischen an einer Gruppe teilgenommen hat. Kurz: im Grunde trifft man sich einmal die Woche für zwei Stunden und bearbeitet (besser erlebt...) einen schriftlichen Kasus, der möglichst real geschildert wird. Dann werden aufkommende Verständnisprobleme erörtert und in einem Brainstorming viele mögliche Ursachen für die Erkrankung im jeweiligen Fall gesucht. Oft wird die "wahre" Diagnose nicht in der ersten Sitzung gefunden, was aber überhaupt nicht schlimm ist. Der Weg ist das Ziel. Am Ende einer Sitzung stellt die Gruppe sich selbst Lernziele, die dann über die Woche in Eigenarbeit angegangen und beim nächsten Treffen gegenseitig präsentiert werden. Der Tutor hat dabei nicht die Aufgabe des Lehrers, sondern soll die Gruppendynamik beobachten und hier und da bei Fragen oder groben Fehlern helfen. Hauptziel ist aber, daß in Eigenverantwortung die Materie erarbeitet wird.

An anderen Orten dieser Welt, oder besser gesagt an sehr, sehr vielen Unis unseres Globus (Harvard, Linköping, Sydney, Maastricht, Witten-Herdecke, McMasters...., um nur ein paar zu nennen) gehört das POL zum normalen Studienprogramm. Und auch an vielen deutschen Unis macht es seit geraumer Zeit Furore und zieht zunehmend in die offiziellen Studienpläne ein.

Warum nur bei uns nicht, wo doch die Kleinheit unser Alma Mater Reformen besonders ermöglichen sollte? Ich weiß es nicht, aber es sind schon viele unserer Mitstudies auf Granit gestoßen, wenn es um Reformen ging. Wichtig wäre es sicherlich, bevor wir mit dem Dekan oder einzelnen Profs verhandelten, daß wir eine feste Anzahl von Tutoren für die jeweiligen Gruppen garantieren könnten. Dann wäre es sicher möglich, den einen oder anderen Kurs in einem Projekt für einen Teil eines Semesters als POL-Kurs anzubieten. Den Tutoren könnte dafür eine Bescheinigung ausgestellt werden oder vielleicht gar ein HiWi-Entgeld bezahlt werden.

Noch Fragen??? Hintern hoch und was neues probieren ist die Devise. Spaß macht es allemal und wann kann man das vom Lernen schon sagen? Vielleicht ist die eine oder der andere ja auch daran interessiert, das ganze organisatorisch etwas voranzutreiben und an die Profs heranzutreten, um die Sache offizieller zu gestalten. Übrigens, im AStA im Raum der Fachschaft steht ein Buch (siehe Rezension in dieser Ausgabe der Bauchpresse) und weiteres Informationsmaterial sowie Fälle für die Gruppenarbeit zur Ansicht bereit. Ich würde mich freuen, wenn wir den Kinderschuhen des POL in Lübeck etwas entfliehen können, die Sache ist es wert.

Kontaktadresse:
Martin Nitschke
Tel.: 0451 / 7020258
e-mail: nitschkm@medinfo.mu-luebeck.de

POL - Treffen!

Um den Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen POL - Gruppen (wieviele gibt es eigentlich momentan an unserer Uni?) und die Zukunftsplanung zu erleichtern (Es werden immer noch Tutoren gesucht!), haben wir uns überlegt, im neuen Semester ein

Treffen für alle POL-Gruppen , -Tutoren und Interessierte

zu veranstalten und zwar am

Do., den 10.4.97 um 11.00 Uhr (akad. Feierstunde) im AStA



POL - Buchrezension

Marko Pfaff: “Problemorientiertes Lernen - Anleitung mit 20 Fallbeispielen”

Falls Ihr schon den nebenstehenden Bericht über das problemorientierte Lernen (POL) an unserer Uni in dieser Ausgabe der bauchpresse gelesen habt, hat das vielleicht Euer Interesse an der Sache geweckt, oder Ihr seid sowieso schon lange dabei und wollt Euer Know-how über POL erweitern. Dies ist jetzt auch in schriftlicher Weise möglich. Seit eine paar Wochen gibt es im sonst wohl eher unbeliebten “Schwarze Reihe-Verlag” Chapman & Hall eine kleine Broschüre “Problemorientiertes Lernen - Anleitung mit 20 Fallbeispielen” von Marko Pfaff (ISBN 3-8261-0101-4).

Der Autor selbst hat POL an der Universität in Maastricht, Niederlande, gelernt, wo sich der gesamte Studienalltag danach gestaltet. Zurück in Deutschland hat er dann damit angefangen, POL an seiner Heimatuni in Berlin zu etablieren und das Projekt InterPol zu gründen. Aus seiner Erfahrung sowohl als Gruppenmitglied als auch als Tutor verschiedener Gruppen hat er diesen Leitfaden über die Prinzipien des POL erstellt. Das kleine Buch hat 130 Seiten und beschäftigt sich im allgemeinen Teil erst mit der Gestaltung der Gruppensitzungen und dem allgemeinen Ablauf des Zusammenkommens. Dabei hält er in seiner Beschreibung ziemlich genau den Ablauf ein, den wir in Lübeck bis jetzt praktiziert haben, wobei wir uns anfangs an das Vorbild aus Witten-Herdecke gehalten haben. Des weiteren schreibt er über die Gruppenzusammensetzung und die Rolle des Tutors, wobei mir persönlich besonders das letztgenannte Kapitel sehr gut gefällt. Den größten Teil des Buches nehmen die zwanzig vom Autor geschilderten Fälle ein.

Marko Pfaff

Problemorientiertes Lernen

Anleitung mit 20 Fallbeispielen

Zusammenfassung · Lernziele erstellen · Brainstorming · Studium · Problemdefinition · Präsentation · Worte klären · Evaluation · PROBLEM · LÖSUNG

CHAPMAN & HALL

Etwas abweichend von dem von uns praktizierten Vorgehen sind die Vorschläge für die Zeiteinteilung der einzelnen “Programmpunkte” einer Sitzung und die Bewertung des Brainstorming während des ersten Treffens zu einem Fall. Wir haben bis jetzt nach dem Brainstorming der ganzen Gruppe zu den möglichen Ursachen und pathologischen Abläufe des geschilderten Falles eine Bewertung der einzelnen Vorschläge durchgeführt. Während beim Brainstorming alles erlaubt ist, was gefällt, werden im nächsten Schritt die Punkte durch die Gruppe diskutiert; am Ende haben wir uns meist auf die wahrscheinlichste Diagnose geeinigt. Diesen Schritt läßt Marko Pfaff in seiner Beschreibung aus.

Das Kapitel über den Tutoren gefällt mir, wie bereits gesagt, besonders. Die Rolle des Gruppentutors wird sehr plastisch geschildert und auf Fallstricke, über die auch ich des öfteren gestolpert bin, wird kompetent hingewiesen. So verfällt der Tutor oder die Tutorin allzuoft zurück in die Rolle des Lehrers, vermutlich, weil wir es nie anders gelernt haben.

Die angehängte Sammlung von 20 Fällen gestaltet sich allerdings etwas anders, als wir es in Lübeck bis jetzt gewohnt waren. Doch kann sie Tutoren, die selbst Lust haben Fälle zu schreiben, eine nützliche Hilfestellung bieten. Allerdings müßte der ein oder andere Fall auf unser bisheriges System ummoduliert werden. Die einzelnen Kasuistiken bieten aber ein breites Spektrum an Krankheitsbildern und sehr gute Ansätze für gruppendynamisches Arbeiten. Neben Klassikern wie Rheuma und Diabetes gibt es auch Fälle, die eher unser Verhalten zum Patienten als dessen Krankheit in den Vordergrund stellen. Insgesamt eine hilfreiche Sammlung, um das bereits in unser Fachschaft vorhandene Spektrum an POL-Fällen zu erweitern.

Ob der Preis des Buches (ca. 25,— DM) angemessen ist, darüber läßt sich sicher streiten. Er erklärt sich vermutlich aus der geringen Auflage. Ein gutes Buch für den Einstieg, besonders für zukünftige Tutoren, ist das Buch allemal. Die probeweise Teilnahme an einer Session in schon bestehenden Gruppen kann es natürlich nicht ersetzen.

In der Fachschaft Medizin im AStA haben wir jetzt zwei Exemplare des Buches, die sich Interessierte gerne angucken und eins von beiden auch ausleihen können (gegen Pfand).

Martin Nitschke,
Tutor und Betreuer des POL an unser UNI

Dahinter verbirgt sich immer ein kluger Kopf...

Nicht, daß wir aus der Redaktion dem AStA etwaige Ähnlichkeiten mit LeserInnen einschlägig bekannter Zeitungen aufdrängen wollen, aber was steckt denn nun hinter den Mauern der Baracke 24?

Der AStA- Vorstand

Wie ihr am Anfang des Semesters vielleicht mitbekommen habt, hat die Landesregierung für 1997 die Zuschüsse für die Hochschulen in Schleswig-Holstein erheblich gekürzt. Bei uns an der Universität ist besonders die Vorklinik, und dort vor allem in Form von Stellenstreichungen, betroffen. Kurz nach der Demo in Kiel im November hat uns das Kultusministerium zusammen mit den anderen Asten der Universitäten (Flensburg und Kiel) zu einem Gespräch eingeladen. Auch bei diesem Treffen ging es vor allem um die drohenden Kürzungen an den Hochschulen. Es folgten dann noch einige weitere Fahrten in unsere Landeshauptstadt, so z.B. zur Sitzung der Kommission "Hochschule und Forschung", wo Strukturreformen der Hochschulen angedacht wurden. Inzwischen haben sich Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themenbereichen gebildet, die sich bis Mitte 97 konkrete Gedanken zu Reformen (die natürlich Geld einsparen helfen sollen) machen sollen. In diesen AG's sitzen jeweils 8 Mitglieder: Professoren, Mitglieder des Ministeriums, externe Experten (was bzw. wer auch immer sich dahinter verbergen mag) , ein Studierender mit Rederecht und ein Studierender ohne Rederecht. In der AG "Medizin" ist unsere Vertreterin Ute Brandes.

Durch diese Haushaltsdebatten, die ja alle Hochschulen Schleswig-Holsteins betreffen, konnten wir den Kontakt zu den anderen ASten vertiefen und so mal über den Tellerrand unserer Uni blicken. Daher fand die letzte der monatlich tagenden Landes-ASten-Konferenz dann auch bei uns statt. Auch bei dieser Sitzung stand die Sparpolitik wieder auf dem Programm.

Ihr seht, wir versuchen uns dieses Jahr mal ein bißchen an der Hochschulpolitik, und das nicht nur Medizin-intern. Noch besteht zwar manchmal die Gefahr, daß wir uns im Paragraphen- und Zahlendschungel verlaufen, aber das wird schon werden.

Sonst beschäftigen wir uns mit den Vorschlägen zur Änderung der Approbationsordnung, versuchen auch, selbst Ideen zu entwickeln. Für diese Aufgabe haben wir eine Arbeitsgemeinschaft "Studienreform" gegründet, die sich nicht nur mit der AO beschäftigt, sondern auch über Änderungen des Studiums bei uns Gedanken macht. Wir treffen uns jeden Dienstag um 11.00 Uhr im AStA . Wer Lust hat, sich ebenfalls mit diesen Themen auseinanderzusetzen, ist herzlich willkommen.

Natürlich versuchen wir auch immer, ein offenes Ohr für Eure Probleme mit Professoren oder dem Studium zu haben, und zu helfen, wo wir können. Ihr erreicht uns am besten dienstags zwischen 11.00 und 13.00 Uhr im AStA.

Vielleicht bis bald einmal,
Katrin und Ute



Katrin und Ute (AStA - Vorstand)

Sie wünschen, bitte ???

Der AStA - ein Dienstleistungsbetrieb?!?

Nein, eigentlich nicht! Wenn man es ganz genau nimmt, sind wir eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Aber das tut nichts zur Sache. Erzählen möchte ich Euch an dieser Stelle mal, welche Leistungen der AStA Euch - abgesehen von der Arbeit, die in den einzelnen Referaten läuft - bietet.

Klar, zum einen sind da die Klausuren, die Ihr kopieren könnt, doch damit werde ich den meisten nichts Neues beschreiben, anderes ist allerdings weniger bekannt, wie wir immer wieder feststellen. Vielleicht entdeckt auch der eine oder die andere von Euch etwas unbekanntes in der folgenden Auflistung, dann tragt es doch am besten gleich drei Leuten weiter, so hätte sich dieser Artikel bereits gelohnt (für Euch!).

Mieterschutzbund:

Wir sind Mitglied, Anfragen zu allgemeinen Problemen können über uns laufen - meldet Euch im AStA!

BAFÖG:

- im Sozialreferat Beratung bei Problemen
- Anwalt: Der AStA hat einen Anwalt in Hamburg unter Vertrag, der bei BAFÖG-Fragen Auskunft erteilt (nur Beratung - keine Prozesse)

meldet Euch bitte im Sozialreferat bei Willy (Tel.: 51354)

Verkauf:

Diagnostiklampe	8,- DM
"Herold" Innere Medizin	53,- DM
Präp-Kästen	43,- DM
Reflexhämmer	30,- DM
"Roche Lexika"	62,- DM
Stethoskope klein	32,- DM
groß	95,- DM
Untersuchungshandschuhe	25,- DM
Membranen klein	3,- DM
groß	3,5 DM
"Das Ende von Strecknitz"	20,- DM
Uni-Aufkleber	0,5 DM
Internationaler Studi-Ausweis/ Verlängerung	15,- DM
Netter-Atlanten	60,- DM

DFA:

siehe Artikel auf S. 28

Kulturprogramm/Zeitschriften:

Fragen zum aktuellen Theaterprogramm in Hamburg?
Was steht im neuesten "Öko-Test"-Heft?
Wir haben so einiges abonniert, ausliegend im AStA

Job-/Wohnungs-/Studienplatztausch-Börse:

am "schwarzen Brett" bzw. an der weißen Wand im AStA hängen die neuesten Angebote.

Diese Auflistung erhebt natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Fragt halt einfach nach, wenn Euch noch andere Sachen interessieren. Vielleicht können wir Euch auch dabei weiterhelfen.

Unsere Öffnungszeiten: Mo, Di, Do 9-12 Uhr
AStA-Sitzung: Mo 18 Uhr

Eure Ute Brandes

Im

Auslandsreferat

wird Folgendes organisiert:

Tropenmedizin

Nachdem im Sommersemester 1996 die Vorlesungsreihe „Medizin in tropischen Ländern" wieder ein ziemlicher Erfolg war, haben wir für das Wintersemester einige Dozenten aus der Uni eingeladen, über ihre persöhnlichen Erfahrungen in den Tropen zu berichten. Die Vorlesungen (immer dienstags von 16 Uhr ct. bis 18 Uhr im Transitorium) sind richtig spannnend und auch sehr lehrreich.

Für's Sommersemester 1997 bemühen wir uns zur Zeit, einen Lehrauftrag für Prof. Dr. Ziegler, Universität Rostock zu bekommen, der auch schon letztes Sommer für uns gelesen hat.

Bookaid

Im August 1995 wurden über 3.000 medizinische Lehrbücher nach Riga/Estland verschifft. Von dort wurden sie an die Universitätsbibliotheken in Riga selbst, Wilna/Lettland und Tartu/ Estland verteilt

900 Stück der Sammlung stammten aus Lübeck, eine klasse Leistung! Letztes Semester waren nun einige Studenten aus Lübeck in Tartu (s.Seite 31) und haben dort z.T. ihre eigenen ausrangierten Bücher in der Universitätsbibliothek wieder finden können. Die Medizinstudies, die sie darauf angesprochen haben, waren ziemlich begeistert über diese Bücherspende, deshalb werden wir auch dieses Jahr wieder Bücher sammeln. Abgegeben werden können alle (bis auf schwarze und gelbe Reihen) zu Öffnungszeiten im AStA.

Ghana Village Project

Das Ghana Village Project (s.Seite 37) wird immer noch schwerpunktmäßig hier in Lübeck organisiert. Allerdings ist der praktische Teil für Mediziner, Pharmazeuten und Landwirtschaftsstudenten seit Oktober abgeschlossen, im Dorf sind jetzt nur noch internationale Teilnehmer aus dem Forstbereich. Gleichzeitig läuft für die anderen Bereiche die Endevaluation.

Auslandsadressen

Falls es irgendjemand noch nicht weiß, im Auslandsreferat stehen massenhaft Ordner mit Berichten über Famulaturen und PJ im Ausland. In den Berichten findet man natürlich auch die dazu gehörenden Adressen. Außerdem versuchen wir z.Zt. auch noch ein allgemeines Adressenbuch der WHO für Auslandsfamulaturen zu bekommen. Damit aber die Famulatur- und PJ-Berichte möglichst auf dem neuesten Stand sind, ist es ganz wichtig, daß Ihr, wenn ihr ein interessantes Praktikum (positiv wie negativ) gemacht habt, darüber einen kurzen Bericht abgebt! Gilt natürlich auch für Pflegepraktikas. Und auch in Deutschland.



Julia (Auslandsreferat)

That's it, bei Fragen, Anregungen etc. meldet Euch bei uns oder im AStA. Ihr könnt immer zu den Öffnungszeiten ins Referat, um nach Adressen zu fahnden oder auch Bücher abzugeben, montags zwischen 11 und 12.30 Uhr sind wir auch selbst als Ansprechpartnerinnen da. Ihr könnt auch gerne einen Zettel ins Auslandsreferat legen, falls wir nicht da sind, oder aber uns anrufen.

Eure Auslandsreferentinnen
Wiebke (5820802)
und
Julia (54911)

Wer oder was ist

das Kulturreferat...

Wer -

das sind Corinna Bluhm und Marietheres Krome als gewählte Referentinnen, Kirsten Börner, Sara Sheikzadeh und Alexander Bauer als "freie Mitarbeitende", die sich dieses Jahr "gerufen" fühlten, sich um das kulturelle Leben ihrer Komilitoninnen und Kommilitonen zu kümmern...*(Leider waren sie alle so kamerascheu, sie sind schwer einzufangen. Die Red.)*



Marietheres (Kulturreferat)

Was -

zum einen bestücken wir z.B. das Kulturbrett in der Mensa mit den - hoffentlich- neuesten Angeboten von Theater, Kino, Kunsthallen, Kulturvereinen etc., sammeln Sprachschulprogramme, Infos über Sprachaustausch, knüpfen so eine Verbindung zwischen den an uns herantretenden Anbietenden und den Studierenden. Zum anderen versuchen wir natürlich auch, selbst ein kleines Kulturprogramm zu organisieren. Dazu gehört u.a. die Organisation der Sprachkurse an der Uni (Spanisch bereits angeboten und Französisch in Planung), um die sich hauptsächlich Alex kümmert.

Ja, und ansonsten haben wir uns eine Menge Sachen ausgedacht, die wir gerne veranstalten würden, wie z.B. politische Diskussionen (in Zusammenarbeit mit dem Politikreferat), eine Mensaparty (mit dem Sportreferat), einen multimedialen Hesse-Abend, kreative Wochenend-Workshops... Das sind alles Ideen, die wir hoffen verwirklichen zu können. Natürlich freuen wir uns auch über Ideen und tatkräftige Hilfe von Eurer Seite!

Mit Fragen und Anregungen oder einfach nur zum "Gucken" seid Ihr herzlich zu unserer Sprechzeit - Dienstag von 12.00-13.00 h im AStA - willkommen.

Das Politik-Referat...

Wir (Ute Pastor und Eike Hansen) beschäftigen unsere Köpfe zur Zeit u.a.
- mit der Planung von Podiumsdiskussionen (speziell zur Hochschulsparpolitik -> Eike),
- mit dem Thema Bioethik (-Konvention) und der Tatsache, daß kaum eine/r weiß, was damit gemeint ist, wie der Stand hierzulande ist usw.,
- mit den Auseinandersetzungen zur Neuen Approbationsordnung (Bundesministerium für Gesundheit und Medizinische Fakultäten streiten um das bessere Konzept, die Studierenden wollen allerdings auch einige Wörtchen mitreden...).

Im Zusammenhang mit der Neuen AO seien an dieser Stelle Interessierte nochmals aufgerufen, sich dienstags ab 11:00h im AStA in der AG "Studienreform/AO-Novelle" zu treffen!

Übrigens hängen im AStA alle Ausgaben des "Prozessinfo"s aus, das über Entwicklungen und Hintergründe im Prozeß zur Klärung des Brandes der Asylunterkunft in der Hafenstraße im Januar letzten Jahres berichtet.

Für Neuigkeiten, Empörendes, Verstärkung, Erweiterung, Kritik, Ideen, Kontakt gibt es:
- unser Fach im AStA
- den AG-Termin (normalerweise sind wir dort anwesend)
- unsere Telefonnummern (Eike: 7 37 24, Ute: 5 49 63).



Eike und Ute (Politikreferat)



ASTA-QUIZ

Jedes Jahr einmal ist es soweit (oder sollte es zumindest sein): Der AStA ruft zum spannenden, weil gewinnträchtigen Quiz auf. Dieses Jahr soll DIE WAHRHEIT über den AStA herausgefunden werden, zu gewinnen gibt es diesmal:

1. Preis: Ein HEROLD 97, das ultimative Innere-Buch spätestens für's 2. Staatsexamen
2. Preis: 1 Päckchen fair gehandelter Kaffee/Tee
3. Preis: 1 Ausgabe der nächsten bauchpresse

Die Auflösung mit Bekanntgabe der GewinnerInnen gibt's in der nächsten bauchpresse!

Also: Von den folgenden Gerüchten über den AStA gilt es, ein wahres herauszufinden. Den einen Lösungstip bitte im AStA abgeben oder in den Briefkasten werden! Viel Spaß!

Wahr ist, daß...
...der AStA ein Selbsbedienungsladen ist
...der AStA die Miete von Alexander Basteck (Öko-Referat) und Svenja Pürschel (Sportreferat) bezahlt
...es eigentlich DIE und nicht DER AStA heißt
...AStA-ReferentInnen nicht mehr ein Semester länger BAFÖG beziehen können wie bisher
...einmal im Jahr sich die ReferentInnen aus der AStA-Kasse einen Wochenendurlaub gönnen
...AStA-Mitglieder gewählt werden
...der AStA vom RCDS unterwandert ist
...der AStA zu politisch ist
...einige AStA-Mitglieder Frauen schlagen
...im AStA Männer zur schützenswerten Minderheit gehören
...der AStA einen genialen Kopierer hat
...die Arbeitsbedingungen im AStA so schlecht sind, daß keine Sekretärin es länger als ein halbes Jahr aushält

Die anderen...

... sind ebenfalls in jener Baracke zu finden. Für die Erfüllung von Begegnungswünschen entweder zu den normalen Öffnungszeiten im AStA suchen oder Nachrichten in den Fächern hinterlassen oder montags zur AStA-Sitzung kommen (da sind übrigens ohnehin alle Interessierten eingeladen!).





Christa Willimczik (Frauenreferat)
Alexander Basteck, Anne Dietz (Öko-Referat)



Gregor Linux (Öffentlichkeitsreferat)
Mustata Özdemir (dto.)
Clemens Flamm (Finanzreferat)



Intime Begegnungen in einer Werkstatt!!!!!

Dein Fahrrad und Du - eine zu pflegende Gemeinschaft

Angenommen jemand, der sich wie ich möglicherweise mit einem gewissen Bewußtsein auf seinem Fahrrad fortbewegt, geht ganz normal über den Campus seiner Uni und läßt seinen technisch interessierten Blick einfach schweifen. So bekommt er mitunter Lust, an Ort und Stelle an dem einen oder anderen Objekt gleich Hand anzulegen. Man kann zwar nicht voraussetzen, daß jeder Radfahrer seine Fortbewegungsart als Lebenseinstellung versteht (das ist wirklich auch meine Meinung!), aber schwerer als nötig sollte man sich das Radfahren nicht machen. Was ich damit sagen will, ist Folgendes:

Ein Auto hat oft ziemlich viele Pferdestärken, so etwas nennt man Leistungsüberschuß. Nur dadurch kann man es sich leisten, gut eine Tonne Stahlblech mit sich herumzuschleppen. Ein normales Fahrrad verfügt über ungefähr eine halbe Pferdestärke - geschätzt!! Das sollte doch eigentlich dazu verleiten, diese eine Menschenstärke ökonomisch einzusetzen. So einfache Dinge wie Ketten schmieren, schleifende Bremsen einstellen und Reifen vernünftig aufpumpen können ungelogen ungeahnte Wirkung haben. Von diversen sicherheitstechnischen Zeitbomben, die sich zwei- oder vierrädrig in unser aller Verkehr bewegen, möchte ich lieber nicht sprechen. Nur eines will ich aus eigener Erfahrung bestätigen: Die Beleuchtung am Fahrrad ist in erster Linie nicht dafür erdacht worden, mehr zu sehen, sondern dafür, überhaupt gesehen zu werden. Ja, auch ich bin mal eineganze Zeit lang regelmäßig Auto gefahren, und daher weiß ich, daß in der Dunkelheit ein unbeleuchteter Radfahrer häufig einfach nicht zu sehen ist, jedenfalls nicht aus der Windschutzscheibenperspektive. Nun denkt sich der Leser: "Was will dieser alte Weltverbesserer eigentlich?" Ich will Euch begeistern für intime Begegnungen mit eurem tretbaren Untersatz!! Ihr braucht nur in unsere geliebte Fahrradwerkstatt zu kommen, und einer unserer vielen Wunderschrauber wird Euch zu wahrhaft bewegenden Verbesserungen Eures Lebensweges leiten. Wir können Euch mit Rat, Hilfe und Werkzeug bei unzähligen Leiden eures zweirädrigen Gefährten zur Seite stehen. Außerdem halten wir diverse neue und gebrauchte Organe für etwaige Transplantationen bereit.

Die Fahrradwerkstatt ist ein gemeinsames Produkt der ASten von MUzL und und FH Lübeck mit dem Zweck der Hilfe zur Selbsthilfe. Als Entgelt für Hilfeleistungen bitten wir um kleine Spenden zur Finanzierung des Werkzeugs.

Es werden auch noch ganz dringend Reparierfetischisten gesucht, sonst ist das Projekt vom Aussterben bedroht!

Ihr findet uns vor dem AStA der MUzL, in der Garage beim Haus 24. Die Öffnungszeiten sind von Semester zu Semester unterschiedlich (bitte schaut einfach auf den entsprechenden Anschlag am Garagentor).

Karsten Schönebeck

nicht zu vergessen:

Fachschaft Medizin

Wir sind zwar hier nicht ganz allein,
doch trotzdem sind wir noch zu klein.
Wir würden gerne mehr zwischen Studis und Profs vermitteln,
aber im Augenblick können wir die Aufgaben nur dritteln.

Die Klausurensammlung ist unser Fach,
im Moment liegt noch vieles brach.

Für die Aktualisierung brauchen wir viel Zeit,
doch sind viele Profs zur Hilfe nur wenig bereit.
(Ausnahmen bestätigen die Regel!)

Da wir überdrüssig sind der ewigen Theorie,
hoffen wir bei dem Spritzenkurs im Sommer auf Euphorie!
Wir würden mehr in dieser Richtung arrangieren,
dazu müßt Ihr uns jedoch mit Euren Ideen inspirieren.

Eine weitere unserer Aufgaben
ist die Beantwortung Eurer Fragen.
Die vielen Briefe beantworten wir gern,
auch wenn der Schreiber kommt von fern.
Wir versuchen auch mit anderen Unis in Kontakt zu bleiben,
damit sie uns Ihre Innovationen schreiben.

Damit Ihr könnt uns mit Namen benennen,
geben wir uns hier nochmal zu erkennen:
Kirsten und Maike sind im 5. Semester,
und um zu vervollständigen das Register,
kommt Anne aus dem 3. hinzu,
damit auch die Vorklinik hat keine Ruh'.



Kirsten und Maike (Fachschaft Medizin)

Neues vom Gyn-Knast

oder: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Teil 1

Da sich in letzter Zeit wieder Beschwerden über den Gyn-Knast von studierender Seite gehäuft haben (schlechte Stimmung auf den Stationen und im OP, wenig Lerneffekt, zermürbende Nachtdienste etc.), hatten wir Ende Dezember einen Gesprächstermin mit Professor Diedrich. Bei diesem Termin waren außer Professor Diedrich noch Professor Bauer, Professor Husstedt und vier Studierende (Ute Brandes, Katrin Koch, Ute Pastor und Christian Herbst) anwesend.

Professor Diedrich hatte schon vorher die Studierenden, die in der Woche vor unserem Gespräch im Internat waren, und die Hebammen gefragt, was denn an den Kreißsaaldiensten gut sei und was besser laufen sollte. Daraus hatte man einen **"Kreißsaalleitfaden für Wochenpraktikanten"** erstellt. (Dieser wurde mittlerweile in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik noch geringfügig nachgebessert und ist im **"Leitfaden zum gynäkologischen Wochenpraktikum"** (s.u.) enthalten). Einleitend wurde von ihm bemerkt, daß zu berücksichtigen sei, daß ein unmotiviertes Auftreten der Studierenden und Mangel an wenigstens Basiswissen auch ein entsprechendes Verhalten der Ausbildenden hervorruft.

Von unserer Seite wurden zunächst die eigentlichen Ziele des Praktikums formuliert:

- gynäkologische Krankheitsbilder sehen und in der Praxis Pathogenese, Symptome, Diagnostik und Therapie erklärt bekommen
- Geburtsvorgang miterleben, dabei Abläufe verstehen und benennen lernen
- Einblicke in Stationsabläufe erhalten

Unsere Kritikpunkte an der praktischen Umsetzung:

Im OP:
- keine Erklärung des vorliegenden Krankheitsbildes
- keine Erklärung des OP-Vorganges an sich
- Anleitung zur Assistenz ist sehr unterschiedlich -> Umgangston teilweise unangebracht

Im Kreißsaal:
- Erklärung und Einbeziehung auch hier stark von betreuendem Dienst abhängig
- Umgangston...

Auf den Stationen:
- wenig Ausbildung neben unserer Nutzung als kostenlose BlutabnehmerInnen, AntibiosenanhängerInnen und EKG-SchreiberInnen

Wir fragten uns (und Professor Diedrich), ob die Ärzte und Ärztinnen, die Hebammen und das Pflegepersonal sich wirklich lehrverantwortlich fühlen. Er meinte, daß es eigentlich alle Angestellten seiner Klinik bewußt sein müßte, daß eine Ausbildungspflicht vorliege. An dieser Stelle kam von seiner Seite aus der Vorschlag, daß sich die Studierenden Anfang Januar mit Ärzten und Ärztinnen, der leitenden Hebamme, der leitenden Stationsschwester und OP-Schwester der Klinik treffen, um gegenseitige Erwartungen und Kritik auszutauschen. Hierzu sollen wir einen Leitfaden für das Praktikum entwickeln und vorstellen

Ein Ergebnis des Treffens ist, daß Prof. Diedrich auf unser Nachfragen hin zugesichert hat, das "Arbeitszeitschutzgesetz für Ärzte" auf die Studierenden anzuwenden, daß heißt: wer weniger als 5 h geschlafen hat, darf am nächsten Morgen nach Hause gehen.

Für die Seminare soll gelten, daß sie grundsätzlich stattzufinden haben, wenn eben möglich auch um 16.00 Uhr, in Einzelfällen muß es leider später sein, wenn der Arzt/die Ärztin dringend gebraucht wird.

Die Professoren zeigten sich an Verbesserungsvorschlägen interessiert, haben sich aber ihrerseits auch, wie oben bereits erwähnt, über die Studierenden beschwert. Es sei leider häufig so, daß die Studierenden überhaupt keine oder nur sehr wenig Ahnung von Gynäkologie haben, auch anatomische Kenntnisse z.T. fehlen, Umgangsformen manchmal sehr zu wünschen übrig lassen. Andererseits gaben sie zu, daß auch ihrerseits Fehler gemacht werden, sie würden versuchen das zu ändern.

Teil 2

Wie beabsichtigt, waren wir Anfang Januar auf der Fortbildungsveranstaltung der Frauenklinik und haben den von uns entwickelten "Leitfaden zum gynäkologischen Wochenpraktikum" vorgestellt. Bei diesem Treffen ist unsere Version noch etwas verändert worden. Was wir jetzt hier abdrucken, ist noch nicht die endgültige Form, Prof. Diedrich will ihn noch mal gegenlesen und evtl. korrigieren. Die gültige Fassung wird dann in der Frauenklinik an das Personal und an die Studierenden verteilt.

Um den Prozeß, der nun in Gang gesetzt worden ist, aufrecht zu erhalten, möchten wir Euch bitten, die Leitlinien zu berücksichtigen und vor allem Kritik an Eure Betreuer weiterzugeben. Auch der AStA ist Ansprechpartner in diesen Angelegenheiten!

Leitfaden zum Gynäkologischen Wochenpraktikum

Grundsätze:

Produktive Zusammenarbeit funktioniert nur mit guter Kommunikation von beiden Seiten!

In gleichem Maße, wie Studierende berücksichtigen sollten, daß der wöchentliche Wechsel die Ärztinnen und Ärzte, die Krankenschwestern und -pfleger und die Hebammen auch bela-

stet, sollten diese bedenken, daß die Studierenden in der Regel vor einer neuen Situation stehen.

Gegenseitiges Vorstellen der Zusammenarbeitenden in allen Bereichen der Klinik sollte selbstverständlich sein! Gut lesbare Namensschilder, saubere Kittel und Schuhe erleichtern den Umgang!

Bei Unkenntnis und Unsicherheit im Verfahren von Untersuchungen, Aufnahmen und Arbeitsabläufen bitte nicht gleich generelle Unfähigkeit vermuten!

Unter dieser Annahme wäre selbstverständlich ein positives miteinander Umgehen von Lehrenden und Lernenden prinzipiell nicht möglich. Diese generelle Unfähigkeit wird von Seiten der Klinik nicht vermutet, andererseits muß für eine erfolgreiche Durchführung eines Praktikums ein definiertes Basiswissen vorhanden sein. Dieses besteht in dem gynäkologischen Untersuchungskurs, in der Propädeutik und der gynäkologischen Hauptvorlesung sowie vorauszusetzenden anatomischen Kenntnissen.

Erwünschte Inhalte des Wochenpraktikums:

Gynäkologische Krankheitsbilder sehen und in Praxis Pathogenese, Symptome, Diagnostik und Therapie erklärt bekommen (theoretisches Wissen nicht automatisch praktisches Können).

Geburtsvorgang miterleben und dabei die Abläufe verstehen und benennen lernen (dies ist das oberste Ziel des Wochenpraktikums im Kreißsaalbereich). Hierbei muß allerdings von seiten der Klinik vorrausgesetzt werden, daß der Wochenpraktikant / die Wochenpraktikantin für die Dauer des gesamten Geburtsverlaufes anwesend sein sollte. Weiterhin muß die Klinik die Interessenbereiche der Gebärenden und ihrer Partner respektieren und für den Fall, daß sie die Anwesenheit eines/ einer Studierenden nicht wünschen, dies auch berücksichtigen.

Stationen:

Blutabnahmen und Antibiosen sollen nicht der Hauptinhalt der Stationstätigkeit sein

Beteiligung an Visite/Aufnahme/Untersuchung sollten hinter diesen Tätigkeiten nicht zurückstehen!

Die Kontinuität des Stationsablaufes sollte von den Studierenden erkannt und berücksichtigt werden.

OP:

Eine Erklärung des vorliegenden Krankheitsbildes (OP-Indikation, Klinik) sowie eine Erläuterung des Operationsverfahrens sind wünschenswert.

Die meisten Studierenden haben keine Erfahrung in der Assistenz bei gynäkologischen Operationen, was berücksichtigt werden muß und nicht zu einem unangemessenen Tonfall führen sollte.

Da im OP durchaus eine andere Atmosphäre und Anspannung herrscht, sind aufgenommene Äußerungen des Personals in gar keinem Fall auf die Person der Studierenden zu beziehen.

Gleichgewicht von Hilfe und Lerneffekt sollte auch hier gewährleistet sein. Der Lerneffekt sollte hierbei v.a. durch Erklärung oder Gespräche gesucht werden, eine Prüfungssituation ist dem Lernprozeß nicht zuträglich.

Allerdings setzt der Operateur voraus, daß anatomische Grundkenntnisse für ein Verstehen der Operation und des Krankheitsbildes unabdingbar sind. Zwischenfragen des Operateurs an den/ die Studierende/n stellen eine normale Konversation dar, die dem Operateur auch ein Bild darüber vermitteln sollen, auf welcher Ebene beginnend er das Krankheitsbild dem Studierenden erklären muß.

Kreißsaal

1. Einer der Wochenpraktikanten hat immer im Kreißsaal für 24 h Dienst.

2. Persönliche gegenseitige Vorstellung, Namensschilder am Kittel tragen.

3. Die Praktikanten werden vom diensthabenden Arzt den Patientinnen vorgestellt.

4. Einweisung in die örtlichen Begebenheiten durch Hebammen: Aufnahmezimmer, Untersuchungszimmer, Neugeborenenreanimationstisch, Wärmeschrank (warme Tücher), Infusionen und Zubehör.

5. Selbständige Patientinnenbegleitung nach Rücksprache und Einweisung mit dem bzw. durch den Kreißsaalarzt.

6. Teilnahme und Anleitung an bzw. zu Untersuchungen und Neuaufnahmen: Anamnese, Status, Blutentnahme (nach Überzeugung der Praktikabilität), EKG schreiben

7. Betreuung der Patientinnen prä-, intra-, postpartal: Monitoring: RR / Puls / Temperatur

8. adäquates Verhalten am Patientinnenbett : Integrität der Patientin respektieren !! Teilnahme an allen Untersuchungen prinzipiell gestattet. Geburtsverläufe mitverfolgen: Die Geburt besteht nicht nur aus Preßwehen !!!

9. Da der Kreißsaal-OP durch die räumlichen Gegebenheiten nur halbsteril und auch sehr klein ist, sollten die Studierenden nur nach Aufforderung dem Eingriff beiwohnen.

10. Bei Verlassen des Kreißsaales ABMELDEN beim Kreißsaalteam.

Allgemeines:

36-Stunden Dienste stellen gerade für Ungeübte eine starke Belastung dar. In der Organisationsform des gynäkologischen Wochenpraktikums ist von der Klinik eine gewisse Dauerbelastung eingeplant. Es wird den Studierenden jedoch nicht verwehrt, bei starker Erschöpfung mangels Schlaf nach Hause zu gehen. Hierbei sollte auch beachtet werden, daß die Studierenden für Fehlleistungen (z.B. Anhängen einer falschen Antibiose) haftbar gemacht werden können.

Andererseits ist es von Vorteil, wenn der/die Studierende Patientinnen zum Beispiel in der präoperativen Vorbereitungs- und Diagnosephase kennengelernt hat und am nächsten Tag die Möglichkeit wahrnehmen kann, den intraoperativen Situs mit den sich daraus ergebenden operativen und weiteren therapeutischen Konsequenzen kennenzulernen.

Die Seminarveranstaltungen sollten möglichst um 16 Uhr und wenigstens mit einer halbstündigen Dauer stattfinden. Kann der Termin nicht eingehalten werden, ist ein Ausweichtermin mit den Studierenden abzusprechen bzw. bei vollständigem Ausfall sind diese zu benachrichtigen. Diese Seminarveranstaltungen sollten auch dazu genutzt werden, den Tag und eventuell anfallende Probleme mit dem Betreuer zu besprechen.

Zusätzlich bieten Herr Prof. Dr. Diedrich und die leitenden Oberärzte gegen Ende des Wochenpraktikums eine Möglichkeit der Auswertung im Gespräch an. Außerdem wird ein Fragebogen zur Bewertung des Praktikums an die Studierenden verteilt (und hoffentlich ausgefüllt zurückgegeben).

Konstruktive Kritik sollte sowohl von den Studierenden als auch vom Personal der Klinik geäußert bzw. umgesetzt werden.

Wir wünschen, daß das Praktikum zur Zufriedenheit aller verläuft!

Sprache als Spiegel des Bewußtseins?!?

Wenn ein Mensch erst einmal auf die Sprache, die wir täglich benutzen, achtet, fallen viele Situationen auf, in denen Frauen entweder nicht erwähnt werden oder abqualifiziert werden:

Im Urologiepraktikum:

"...und dieses Problem besteht dann gleichermaßen bei Menschen und Frauen..."

" heute brauchen wir noch zwei männliche Kollegen, die im OP assistieren..."

In der Pädiatrie-Vorlesung:

"...und dies ist ein hervorragendes Buch von Herrn X; natürlich ist es nicht von ihm allein geschrieben, ein so gutes Buch kann man nur mit anderen Männern zusammen schreiben..."

Diverse Studentinnen:

"...also, ich werde ja später Augenarzt / Frauenarzt / Orthopäde..."

Ein Gynäkologe:

"...bei der gynäkologischen Untersuchung des Patienten..."

Im Manuelle Medizin Kurs:

"...na, hier sind ja fast nur Frauen - das ist doch ein Orthopädie Kurs..."

In einer Konventsitzung:

"...meine Herren, das ist Frau Seemann. Aber keine Angst - sie hat kein Stimmrecht..."

Manchmal passiert dies sicherlich "nur" aus träger Gewohnheit, das Wort "Arzt" geht vielen nunmal leichter über die Lippen als "Ärztin", auch wenn sich die Frauen in den Fällen doch bitte angesprochen fühlen sollen. Doch oft steckt auch noch ein Denken dahinter, das dem männlichen Part als den "normaleren" und "wichtigeren" ansieht, wo von einer Gleichberechtigung also nichts zu spüren ist.

Die Überzeugungsarbeit, die hier geleistet werden muß, setzt natürlich nicht erst bei der Sprache an. Doch wenn Menschen davon überzeugt sind, daß Frauen in ihren Berufen gut und erfolgreich sein können, warum fällt ihnen dann der Schritt, weibliche Formen in der Sprache zu benutzen, oft noch so schwer? Die bewußtere Sprache muß ja deshalb nicht komplizierter sein, oder ist "Studierende?" schwerer auszusprechen als "Studenten?".

Ist es die Mühe, die sich jede/jeder machen muß, an diese kleine Nachsilbe "-in" zu denken, die abschreckt? Oder ist es einfach Ignoranz der eigenen Sprache gegenüber, die Sorge aufzufallen?

Normalerweise tut es nicht weh, die eigene Sprache bewußt zu gebrauchen.

Christa Willimczik

DFA - Das Freie Ausland?!?

DFA heißt Deutscher Famulantenaustausch und ist gerade 25 Jahre alt geworden. Ursprünglich von einer Handvoll Studierender gegründet, wird er auch jetzt noch bis auf zwei Sekretärinnen im Bonner Büro von ebensolchen am Laufen gehalten und funktioniert eigentlich sehr gut. Idealerweise gibt es an jeder medizinischen Fakultät in der Bundesrepublik eine Lokalvertretung, wobei diejenige an der MUzL mit derzeit vier Studenten besetzt ist. Zusammen mit der Fachtagung Medizin (Vereinigung der Fachschaften) bildet der DFA in Form der „German Medical Students Association (GEMSA)" die Vertretung der deutschen Medizinstudierenden in der entsprechenden internationalen Organisation, der „International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)".

Die grundsätzliche Arbeit des DFA läßt sich eigentlich in ein paar Worten umreißen: deutsche Studierende werden zum Zwekke einer Famulatur ins Ausland befördert, ausländische nach Deutschland. Daneben werden Reisekostenzuschüsse gewährt, Seminare zur Vorbereitung auf Famulaturen in außereuropäischen Ländern und anderes mehr angeboten.

Neben der Platzvermittlung beinhaltet dies meist auch die Suche nach geeigneten Wohnungen oder Zimmern für die ausländischen Famulanten für den entsprechenden Zeitraum -z.B. solche von hiesigen Studierenden, die die Ferien über nicht in Lübeck und entweder sehr hochherzig oder sehr geschäftstüchtig oder beides sind. Sie bekommen nämlich Miete für die entsprechende Zeit. Wer also noch Wohnungen zu vergeben hat ...

Wer als hiesiger Student nun für eine Famulatur ins Ausland möchte und sich dazu des DFA bedienen will, der kann sich zuallererst einige der vielen Berichte von Famulaturen in aller Welt ansehen, die gesammelt wurden und hier zur Verfügung stehen. Wenn Klarheit herrscht, wo es hingehen soll, kann bei uns ein entsprechender Antrag auf Vermittlung eines Famulaturplatzes und/oder einen Reisekostenzuschuß -den Platz kann sich natürlich jeder auch selbst suchen- abgegeben werden, den wir dann, so er vollständig ist, weiterleiten. Die dem DFA entsprechende Organisation des Gastlandes kümmert sich dann um das Weitere, in der Regel auch um Unterkunft.

Nicht selten ist aber eine bestimmte Semesterzahl und eine bereits zuvor absolvierte Famulatur Voraussetzung. Solches hat sich als sinnvoll bewährt. Wie es aber genau geht, das erfahrt Ihr in unserer Sprechstunde - Termine am schwarzen Brett in der Mensa. Die Erfolgschancen sind jedenfalls nicht so schlecht, und als Ziele kommen viele Länder auf der ganzen Welt in Frage.

Dann und wann hört man auch von bösen Menschen, die sich vermitteln lassen und dann gar nicht fahren, sondern Urlaub machen (ja,ja). So etwas ist natürlich sehr zu tadeln und vom moralischen Standpunkt aus gesehen höchst verwerflich. Deshalb muß ein kleines Pfand von etwa hundert Mark hinterlegt werden, das es erst wiedergibt, wenn ein Famulaturbericht, der ja -siehe oben- für die Auswahl und Vorbereitung einer Famulatur nützlich sein kann, abgegeben wurde.

Neben der Vermittlung von Famulaturplätzen und der Betreuung ausländischer Famulanten bietet der DFA wie gesagt Seminare zur Vorbereitung auf Famulaturen in außereuropäischen Ländern an, die sogenannten „Trikontseminare". Die nächsten finden im Mai in Göttingen und Berlin statt und beschäftigen sich mit Asien, Afrika und Lateinamerika. Insgesamt stehen etwa 40 Plätze zur Verfügung, die Kosten werden etwa bei DM 50,- liegen. Eine Anmeldung ist voraussichtlich ab Januar möglich - nähere Informationen am schwarzen Brett.

Aber damit nicht genug. Es bestehen weiterhin Arbeitsgruppen, die sich mit allen möglichen relevant erscheinenenden Dingen aus dem Bereich der Medizin und der damit verbundenen Vorgänge und Fragen beschäftigen, beispielsweise solchen des „Public Health".

Unsere Vorgängerin, Johanna Wermelt, war leider in der unglücklichen Situation, die hier anfallende Arbeit allein erledigen zu müssen. Mittlerweile sind wir jedoch zu viert, was bedeutet, daß es (hoffentlich) kaum zeitliche Engpässe geben wird. Nebenbei eine gute Gelegenheit, uns zum Schluß einmal vorzustellen: Lara Hildebrandt (2. klinisches), Nina Handal, Frank Fuchs und Jan-Dirk Studt (alle 1. klinisches). Telefonisch sind wir -in gleicher Reihenfolge- unter 4791274, 5820914, 396702 und 7070687 zu erreichen.

JanDirkStudt



Was soll das? - Eine Antwort für Rita

Ein Essay von Olga Arbach

Ja, als Kurzgeschichte wurde sie angekündigt, als Kultur verkleidet kam sie daher: Die Enthüllung der Geschmacklosigkeit.

Die Offenbarung „Rita“ von Stephan König entfachte eine heftige Diskussion unter Freundinnen und Freunden, zwischen Frauen und Männern: Was wollte uns Stephan König damit sagen? Ist er ein Exhibitionist oder ein verkappter Soziologe?

Bis heute können sich einige noch die Köpfe heißreden, während andere Verständnislosigkeit nur der Tatsache gegenüber aufbringen, daß einem solchen Artikel länger als fünfzehn Minuten gewidmet werden (in der Zeit ließt sich der Text inklusive aller Schrecksekunden und atemlosen Momente: Bringt Marc die ekelhaft dicke Rita um oder nicht?).

Zweifelsohne hat der Verfasser mit seiner Kurzgeschichte viele Reaktionen hervorgerufen, hauptsächlich wütende, einige gleichgültige, andere fast verständnisvolle. Allein diese Reaktionen auf eine stilistische und inhaltliche Provokation näher zu beleuchten, hieße schon, Seiten der amüsanten Dokumentation zu erstellen. Aber andere zum Nachdenken angeregt zu haben, ist bekanntlich der einzig wahre Lohn des Schreibenden!

Unbeantwortet soll diese Geschichte jedenfalls nicht bleiben, denn völlig kalt ließ sie keine und keinen, der sich die fünfzehn Minuten Zeit nahm.

Es ist vor allem das sexistische, frauenfeindliche und menschenverachtende Bild in dieser Geschichte, das Fassungslosigkeit und blanken Haß einerseits dem Protagonisten Marc und im ersten Moment auch dem Verfasser gegenüber bestimmt. Nach einigen Minuten dann die Erleichterung: Marc ist ja nicht Stephan.

Bloß: Was zum Teufel wollte uns Stephan damit sagen? Muß er sich etwas von der Seele schreiben, was er parodistisch überzieht, oder ist er nur mutig genug, eine Realität darzustellen, vor der wir Frauen und offensichtlich auch viele Männer bisher nur die Augen verschlossen haben?

Gibt es solche Männer wie Marc, die, nachdem sie eine „Frau gebumst und sie scheinbar zum Orgasmus getrieben“ haben, nachdem sie ihr „verdammtes spermaides Zeug“ deponiert haben, kurz, nachdem sie eine Nacht mit „durchaus angenehm[en] Gefühl[en]“ hatten, aufstehen und der Gespielin aufs Laken spucken?? Na, jedenfalls danke für die "Ehrlichkeit"! Dieses Lob einiger sollte ich an dieser Stelle nicht unterschlagen!

Marc, ich würde Dich kastrieren, wenn ich meiner Wut über so viel Herablassung freie Bahn gewähren würde. So könnte die Antwort einer der vielen Freundinnen Ritas an Marc (oder an solche wie Marc) beginnen, nachdem sie seine von Ritas Körper angewiderten Gedanken in einer Kurzgeschichte gelesen hat. Was ihr alles einfiele zum Körper und zum Sex von Marc, der in Sachen Erotik noch sehr viel lernen muß, wäre sicherlich interessant zu lesen, aber ich halte dieses Blatt nicht für den passenden Ort für menschenverachtende Geschichten. Eine gute Frage, aber ich weiß wirklich nicht, wohin die eigentlich gehören!!!!

Im Übrigen, was könnte eigentlich Rita zu Marc sagen, wenn sie von dessen Gedanken erführe? Was hält sie von diesem uralten Spiel, und wie fühlt sie sich damit? Ob sie sich wohl als unförmiger Drachen fühlt oder als ihren Trieben ebenso wie Marc hilflos ausgeliefert??? Fragen, deren Antworten wir nie erfahren werden...

Hinter der haarsträubenden Einstellung Marcs zu Frauen allgemein, so zu Ritas Körper (sie sei zu fett, habe einen zu dicken Busen, sei generell zu ekelig, stöhne zu laut beim Sex und schmecke tabakös!) und zu Claudine, die vermeintlich geschätzt, aber letztlich nur die bessere Gebärmaschine für Marcs besten Samen ist, versteckt Stephan leider nur zu gut die psychische Instabilität des Helden: Der Arme ekelt sich selbst an und kämpft gegen Minderwertigkeitsgefühle ("Ich bin mehr wert als sie, schrie es in ihm. Ein Dreck bist Du.") und das Gefühl der Sinnlosigkeit seines Lebens ("Ich habe keine Lust mehr, ging es durch seinen Kopf."). Die möglicherweise ehrlich gemeinte Darstellung eines menschlich und sexuell frustrierten, verzweifelten Zweitsemestlers der Medizin verschwindet hinter einer voyeuristischen und pornographischen Geschichte.

So überwiegt das entwürdigende Frauen- und Menschenbild eines Mannes, der eine Frau zu hassen gewillt ist, weil eine andere, zwar ebenso tabaköse, aber für Marc genehme Frau, ihn verlassen hat und sich nun anderweitig "durch die Universität...bumste". Kurz und gut, in diesem Leben haben Frauen (und Kinder) vom "Gen-Akrobatiker" Marc keine Liebe mehr zu erwarten, wenn er Claudine nicht haben kann!

Ob Stephan K. ein Frauenbild zeichnen will oder die männliche Psyche zu seinem Anliegen erklärt oder die Diskussion um Sex und Liebe anfachen will, dafür fehlt bisher eine Stellungnahme. Für mich bleibt nach dieser Schocktherapie immer noch die eine Frage: Was soll das?!

Aber vorerst reicht es an Geschmacklosigkeit...

Eine Studienreise nach Tartu

vom 20. bis 24. Mai 1996

Um es gleich vorneweg zu sagen: Estland war zu Beginn der Reise für die meisten der an dieser Studienfahrt teilnehmenden Kommilitonen so etwas wie der weiße Fleck auf altertümlichen Landkarten.

Wir wußten nicht viel mehr von Estland als ein paar in der Eile auswendig gelernte Fakten aus dem Lexikon.

Hier zum Einstieg nur das Wesentliche: Estland ist eine noch sehr junge Republik. Sie wurde nach der Proklamation der Unabhängigkeit von der damaligen UdSSR am 30. März 1990 (wieder-) gegründet.

Geschichtlich stand am Anfang die Unterwerfung und Christianisierung der Esten durch Dänen und Deutsche zu Beginn des 13. Jahrhunderts. Seit 1346 unterstand Estland dann dem Deutschen Orden. Dieser Deutsche Orden (Deutscher Ritter-Orden, Deutschherren) entstand um 1190 aus einer von Lübecker und Bremer Bürgern gestifteten Hospitalgenossenschaft. Im Zuge eines großräumigen Landerwerbs wurden neben Estland (1346) auch Pommerellen (1309), Gotland (1398) und die Neumark (1402) „erworben“. Nach dem Erwerb Estlands durch den Deutschen Orden folgte ein kultureller Aufschwung mit zahlreichen Städtegründungen (u.a. auch durch die Hanse). Der erneuten dänischen Besetzung folgte 1561 eine schwedische, dann 1721 vom Sieger des zweiten Nordischen Krieges, Zar Peter I, eine russische Besetzung. 1918 erklärte das wieder einmal von deutschen Truppen besetzte Estland erstmalig seine Unabhängigkeit. Danach folgte eine Blütezeit, die etwa bis 1925 währte. 1929 erreichte die große Weltwirtschaftskrise auch Estland, die dann 1934 in einen faschistischen Umsturz mündete.

Der von Hitler und Stalin ausgehandelte deutsch-sowjetische Nichtangriffspakt überließ den Sowjets die Macht über die baltischen Staaten. Unmittelbare Folge dieses Paktes war u.a. die Aussiedlung aller Deutschen aus den baltischen Staaten. 1940 wurde Estland dann von sowjetischen Truppen besetzt und gezwungen, der UdSSR beizutreten. Umfangreiche Deportationen im Jahre 1941 und nach 1944 trafen vor allem die estnische Intelligenz. Diese Verschleppungen wurden von zahlreichen Grausamkeiten (u.a. Massenerschießungen) begleitet, die auch heute noch nachwirken. Seit Mitte der 80er Jahre, mit Beginn der großen politischen Umwälzungen in der UdSSR unter M. Gorbatschow, versuchten die Esten den russischen Einfluß in ihrem Land zurückzudrängen. Diese Bemühungen mündeten schließlich in der Gründung der zweiten Republik.

Estland hat heute ca. 1,6 Mill. Einwohner. Die Hauptstadt heißt Tallinn (früher Reval) und hat ca. 490.000 Einwohner. Tallinn, was soviel wie „Dänische Stadt“ bedeutet, liegt am finnischen Meerbusen, verfügt über eine Akademie der Wissenschaften und 4 Hochschulen. Das kulturelle Angebot umfaßt zahlreiche Museen, Theater, Philharmonie, Seebad und Zoo.

Dorpat oder Tartu, wie die Esten sagen, erreicht man von Tallinn aus nach ca. 3 Stunden Busfahrt in Richtung Südosten. Tartu ist mit 115.000 Einwohnern die zweitgrößte Stadt des Landes und eine bedeutende Universitätsstadt. Hier befindet sich eine medizinische Fakultät, die der Universität von Tartu (welche, nebenbei gesagt, auch viel zur deutschen Medizingeschichte beigetragen hat) zugeordnet ist.

Die Universität von Tartu wurde 1632 als Akademia Dorpatensis (Gustaviana) als zweite Universität des Schwedischen Königreiches von Karl Gustav II gegründet. Die Unterrichtssprache war Latein. 1802 wurde sie durch Zar Alexander I wiedereröffnet, nachdem sie während der Nordischen Kriege geschlossen worden war. Zu diesem Zeitpunkt war die Kaiserliche Universität zu Dorpat die einzige Universität im russischen Zarenreich, deren Unterrichtssprache nicht russisch, sondern deutsch war. Erst nach der ersten Unabhängigkeitserklärung im Jahre 1919 wurde die Universität als estnischsprachige Universität - Tartu-Ulikool - reorganisiert. Mit der Zwangseinverleibung Estlands in die UdSSR 1944 wurde die Universität erneut umstrukturiert und als Unterrichtssprache Russisch eingeführt. Erst seit der zweiten Unabhängigkeiterklärung im August 1990 wird wieder estnisch an der Tartu-Ulikool gesprochen. Russisch wurde noch bis zum Wintersemester 95/96 als Fremdsprache (vor allem wegen der wenigen noch verbliebenen russischen Studenten) in den Vorlesungen geduldet.

Diese geschichtsträchtige und von der Architektur seiner Hauptgebäude und Museen wunderschöne Universität pflegt schon seit einigen Jahren intensive Kontakte mit der medizinischen Universität zu Lübeck. In diesem Jahr sollte nun mit unserem Besuch ein neuer, intensiverer Abschnitt dieser Partnerschaft beginnen.

Zu diesem Zweck reisten wir, 20 Studenten, unter der Leitung von Herrn Prof. Schwinger und Herrn Mühlhausen nach Tartu. Erklärte Absicht dieser Reise war, Kontakt zu estnischen Medizinstudenten zu knüpfen, um so die Grundlage für einen regen und fruchtbaren informellen, kulturellen und vielleicht auch wissenschaftlichen Austausch zu schaffen. Das dazu von den estnischen Verantwortlichen präsentierte Programm war entsprechend dieser Absichten umfangreich und bot mannigfaltigen Anlaß, die Absicht in die Tat umzusetzen. Nebenbei sei erwähnt, daß an Schlaf oder ähnliches erst wieder zu Hause gedacht werden konnte.

So treffen wir uns also am 20. Mai 1996 um 13.00 Uhr hinter dem Haupteingang der MUzL, um mit dem Bus nach Hamburg zu fahren und von dort mit dem Flugzeug um 16.20 Uhr nach Tallinn weiterzufliegen, wo wir nach zwei Stunden Flugzeit um 19.11 Uhr ankommen. Am Flughafen werden wir von einer Ein-Mann-Delegation der Universität abgeholt und, da wir noch ein wenig Zeit hatten bis zur Abfahrt des Busses nach Tartu, schnell noch durch einen Teil der Altstadt von Tallinn geführt. Um 21.00 Uhr fahren wir mit dem Linienbus weiter nach Tartu. Dort angekommen sind wir froh, daß unser Hotel gleich am Busbahnhof liegt. Die meisten fallen dann auch gleich in die Betten.

Am 21.5. beginnt der Tag mit einem ungewohnten Frühstück, es gibt gesalzenen Grießbrei, Heringsbrot, Kuchen, Orangensaft und Kaffee oder Tee. So gestärkt beginnen wir unseren ersten Tag, dessen offizieller Teil um 9.00 Uhr mit der Begrüßung durch die Leitung der Universität Tartu beginnt. Nach dem üblichen Austausch von Höflichkeiten und Gastgeschenken überreicht Alexander Bastek - begleitet von einer in englischer Sprache



orthodoxe Kirche in Tallinn

gehaltenen, beeindruckenden Rede - einen Scheck der Freunde und Förderer über 1.000 DM an den Prodekan der Universität Tartu. Zweck dieser Spende ist der Kauf von dringend benötigten Büchern für die Universitätsbibliothek. Wir erfahren außerdem, daß diese Universität zehn Fakultäten beherbergt, in denen insgesamt 7.493 Studenten studieren. 1.479 Studenten davon studieren in Tartu Medizin. Das Studium dauert in Estland wie in Deutschland 6 Jahre. Ähnlich wie bei uns ist das Studium in einen vorklinischen und einen klinischen Teil gegliedert. Auch inhaltlich ist es vergleichbar strukturiert.

Dennoch gibt es einige bemerkenswerte Unterschiede. Ein wesentlicher Unterschied besteht beispielsweise darin, daß es keinen Abschluß der Vorklinik im Sinne eines Physikums gibt. Dafür ist das gesamte Studium von sog. „kleinen" Prüfungen (den Prelims) und den „großen" Prüfungen (den Examinations), die am Ende eines jeden Semesters absolviert werden müssen, begleitet. Neben den für uns typischen Fächern der Vorklinik fallen in Estland noch einige andere Besonderheiten im ersten und zweiten Jahr des Studiums auf. So sind Fächer wie Philosophie, „Fremdsprachen" und Datenverarbeitung im ersten Jahr, sowie das Fach „Public Health" im zweiten Jahr für uns wohl eher außergewöhnlich. Insgesamt gibt es in den vier klinischen Jahren 22 Prelims und 20 Examinations. Hinzu kommt im sechsten Jahr das Abschlußexamen zum Allgemeinmediziner. Im Sommerhalbjahr des vierten Jahres sind außerdem insgesamt fünf Wochen Praktikum (drei Wochen Innere Medizin, zwei Wochen Chirurgie) zu absolvieren.

Nach der Begrüßung im Dekanat begann das interessante Programm in der Poliklinik, wo wir durch die Leiterin der Klinik begrüßt wurden. Die Poliklinik wude erst nach zehn Jahren Bauzeit fertiggestellt. Der Bau dieser Klinik begann also noch unter russischer Leitung, was dem Gebäude auch anzusehen ist. Heute werden in dieser Klinik täglich bis zu 3.000 Patienten behandelt. Das Krankenhaus hat 700 Betten und 400 Beschäftigte, davon arbeiten 60 Family-Doctors im Department of General and Family Medicine. Die Bedeutung der Poliklinik ergibt sich aus der Tatsache, daß es keine „niedergelassenen" Family Doctors gibt, so daß die ambulante Versorgung ausschließlich hier stattfindet. Die Poliklinik gilt als Vorzeigeprojekt in Estland, wie man uns erklärt.

Das Department of Sports Medicine and Rehabilitation ist für den heutigen Tag unsere letzte Anlaufstelle in dieser Poliklinik. Zu sowjetischen Zeiten dürfte diese Abteilung in gewisser Weise von nationalem Interesse gewesen sein, denn hierher kamen die Leistungsträger des sowjetischen Sports und wurden zu dem gemacht, was die chinesischen Schwimmerinnen heute sind. Heute steht die Rehabilitation z.B. von herzkranken Patienten im Vordergrund. Außerdem wird hier noch eine sehr intensive physikalische Therapie betrieben.

Um 14.00 Uhr steht, wie auch in den folgenden Tagen, das Mittagessen auf dem Zeitplan. Wir essen an einer Tafel in einem gesonderten Raum der Mensa. Dieser Raum wird für besondere Gäste der Universität bereitgehalten und ist wirklich sehr repräsentativ. Zum ersten Mal sind Medizinstudenten aus Estland dabei und es werden erste Verabredungen getroffen. Für den Nachmittag wird eine erste kleine Stadtführung organisiert. Tartu ist eine Stadt mit viel Grün und einem typisch hanseatischen Stadtbild. Dank der gut informierten Führerin erfahren wir einiges über die bewegte Geschichte der Stadt. Der offizielle Teil des Tages endet mit einem Empfang, der dem Zusammentreffen estnischer und deutscher Studenten gewidmet ist. Nach anfänglicher Befangenheit und ein paar verlegenen Gesten findet sich schnell genügend Gesprächsstoff für recht anregende Unterhaltungen. Für den Abend wird gleich ein Diskobesuch vereinbart, zu dem trotz Prüfung am nächsten Tag und horrendem Eintrittspreis viele estnische Studenten kommen.

Am 22.5. besuchen wir vormittags das Department of Cardiology, das Department of Anesthesiology and Intensive Care, das Department of Surgery und das Department of Traumatology and Orthopedics. In der kardiologischen Abteilung des Krankenhauses lernen wir Herrn Dr. Margus Viigimaa, den Leiter dieser Abteilung, kennen. Dieser Arzt setzt uns durch sein großes Engagement, sein profundes Wissen, weit über die Kardiologie hinaus, seine Kompetenz und gute Informiertheit immer wieder in Erstaunen. Für einige von uns wird er zur wahren Fundgrube, wenn es um Themen wie das öffentliche Gesundheitswesen und Volksgesundheit geht. Hier nur einige der vielen Informationen, die wir dort erhielten: In Tartu und Tallinn befinden sich die einzigen Herzkatheterlaboratorien Estlands. Herzinfarktpatienten werden ggf. in den Kreiskrankenhäusern vorbehandelt (z.B. Lysetherapie) und dann mit Krankenwagen entweder nach Tartu oder Tallinn gebracht. Diese Transporte können manchmal bis zu zwei Stunden dauern. Wie wir erfahren, ist die Sterblichkeit der Infarktpatienten auch unter diesen Bedingungen in Estland nicht höher als in Deutschland (*hört! hört!! Anm. der Redaktion*).

Die kardiologische Intensivstation mit sechs Patienten wird von einem Arzt und zwei Krankenschwestern betreut. Die technische Ausrüstung würde den deutschen Ansprüchen bei weitem nicht genügen, obwohl alles grundsätzlich Nötige vorhanden ist. Auf den anderen Stationen der Kardiologie sind für durchschnittlich 30 bis 40 Patienten ebenfalls nur zwei Krankenschwestern zuständig. Hier werden allerdings zur Unterstützung Pflegehilfen beschäftigt. Angesichts der sich ändernden Versorgungslage und der damit einhergehenden Änderung der Eßkultur wird Dr. Viigimaa, wie schon im letzten Jahr, eine Aufklärungskampagne über Cholesterin und andere typische Risikofaktoren von Herz-Kreislauferkrankungen initiieren.

In der Chirurgie und der Orthopädie werden wir immer wieder auf die großartigen Erfolge mit den sog. „Ilisarov-Schienen" hingewiesen. Mit ihr werden u.a. Problemfrakturen und Mißbildungen der unteren Extremitäten versorgt. Die Transplantationstätigkeit beschränkt sich zur Zeit noch auf Nierentransplantationen. Die Transplantation anderer Organe ist noch in der Vorbereitung. Zur Zeit wird an Tieren beispielsweise die Lebertransplantation geübt. In der Chirurgie und in der Radiologie treffen wir auf eine für das Krankenhaus typische Situation. Neben der uns auch wohlbekannten, mehr oder weniger modernen Krankenhausausstattung finden wir zum Beispiel eine einhundert Jahre alte, in New York hergestellte Patientenliege, die immer noch benutzt wird. In einem Raum der Radiologie sehen wir einen etwas altertümlich anmutenden X-Ray-Tomographen und ein paar Räume weiter das allerneueste Modell eines Computertomographen von Siemens.

Nach dem Mittagessen werden wir unter fachkundiger Anleitung über den Domberg geführt. Er ist sowohl für die Stadt als auch für die Universität so etwas wie ein Wahrzeichen und wird vom Hauch der Geschichte umweht. Wir beginnen an der Sternwarte, die zwischen 1807 und 1810 gebaut wurde, und in der sich ein astronomisches Museum befindet. Teil der Sammlung ist das 1824 aufgestellte sog. Fraunhofer-Fernrohr, welches zu seiner Zeit das größte der Welt war und von Friedrich Georg Wilhelm von Struve benutzt wurde. Vorbei an den Denkmälern von Karl Morgenstern, dem Gründer der Universitätsbibliothek, Karl Ernst von Baer, Begründer der modernen Entwicklunggeschichte, und Kristjan Jaak Peterson, dem ersten in estnischer Sprache und Tradition schreibenden Dichter, gelangen wir zur Domruine. Leider konnte bisher nur der Chor dieser beeindruckenden Ruine wiederhergestellt werden. Er beherbergt heute das historische Museum der Universität.

Einen Besuch dieses prächtig ausgestatteten Museums ließen wir uns natürlich nicht entgehen. Den Abschluß bildete der Besuch des anatomischen Institutes. Die Gebäude wurden zwischen 1803 und 1805 erbaut und erinnern mit ihrem Interieur an die Anfänge der Anatomie. So existiert noch ein gut erhaltenes Theatrum anatomicum.



Rathaus von Tartu

Für den Vormittag des 23. Mai sind Führungen durch die psychiatrische sowie die der pädiatrischen Klinik vorgesehen. Wie schon am vorangegangenen Morgen, steht auch an diesem Morgen wieder ein Kleinbus vor dem Hotel, um uns zu den entsprechenden Kliniken zu fahren. Woher dieser Kleinbus kam, bleibt uns ein Geheimnis.

Die psychiatrische Klinik wurde mit Einrichtung des Lehrstuhles für Staatsmedizin 1876 unter Eduard Georg von Wahl gegründet. Sie verfügt heute über 140 Betten. Der Aufenthalt der Patienten ist auf höchstens 40 Tage begrenzt. Für einen längeren Aufenthalt fehlt das Geld. Eine Therapie von psychisch kranken Menschen ist in Estland darum nur sehr eingeschränkt möglich. Auch während der Dauer der stationären Behandlung behindert die Geldnot eine sinnvolle Therapie. So wurden beispielsweise die Werkstätten der Klinik aus Kostengründen geschlossen. Eine Beschäftigungstherapie ist, wie uns versichert wird, unter diesen Bedingungen kaum noch möglich.

Nach einer kurzen Einführung mit allerlei Informationen über die mit 120 Betten ausgestattete pädiatrische Klinik, werden wir auch hier wieder von fachkundigen, freundlichen und engagierten Mitarbeitern der Klinik durch die Abteilungen des Hauses geführt. Es fällt auch hier wieder auf, daß man viel Zeit für uns hat, obwohl vielleicht gerade jetzt Dringenderes zu tun gewesen wäre. Man führt uns in jedes Patientenzimmer und stellt uns die kleinen Patienten kurz vor. So erfahren wir auch von dem Kind mit einer seltenen cystischen Fibrose. Knochenmarkstransplantationen, erfahren wir auf der onkologischen Station, werden erst seit kurzem durchgeführt. Bisher wurden erst zwei Kinder transplantiert.

Insgesamt fällt uns auch hier wieder das teilweise krasse Aufeinandertreffen von „Altem" und „Neuem" auf. Während man also in der einen Abteilung spärlich, aber zweckmäßig eingerichtete Laboratorien sieht, teilweise baufällige Patientenzimmer betritt und wir quasi spüren können, wie es sein muß, in einer Mangelsituation medizinisch und pflegerisch eine qualita-

tiv gute Arbeit zu leisten, begegnen wir in der Neonatologie wieder einer ganz anderen Situation. Auch hier, wie in allen anderen Häusern, die wir besichtigen konnten, ist die personelle Situation angespannt. Neun (offizielle) Betten werden auf dieser Intensivstation von zwei Ärzten und drei Schwestern versorgt. Als wir die Station besichtigen, zählen wir 11 belegte Betten. Dennoch finden wir hier kaum veraltete Medizintechnik. Stattdessen sehen wir eine neonatologische Intensivstation, die sich auf den neuesten Stand der Technik befindet. Seinesgleichen sucht man in Deutschland wahrscheinlich vergeblich. An den auf den Inkubatoren und Monitoren aufgebrachten Etiketten erkennen wir, daß der überwiegende Teil dieser Technik von einer schweizer Stiftung gespendet wurde. Die Eindrücke dieses Vormittags geben noch lange Anlaß zu Diskussionen über Hochleistungsmedizin, Überfluß und Mangel. Einige bringen es auf den Punkt: „Weniger kann oft auch mehr sein."

Nach diesem anstrengendem Vormittag wurde, auf unsere Bitte hin, ein Ausflug organisiert. Geplant ist ein Besuch des ehemaligen Gutes „Sangaste". Das Gutshaus wurde 1881 fertiggestellt und dem Schloß Windsor nachempfunden. Der letzte Gutsherr war Graf Friedrich Gustav von Berg. Wie uns die estnischen Kommilitonen berichten, wurden hier noch bis vor kurzem sog. Verbindungsfeste gefeiert, die aber wohl ausuferten und deshalb hier nicht mehr gefeiert werden dürfen. Heute ist in dem ehemaligem Gutshaus eine Art Hotel untergebracht, in dessen großzügigen und schönen Sälen sich bestimmt gut feiern läßt. Die herrliche Umgebung des Gutes lädt zu ausgedehnten Wanderungen in Wäldern und an Seen ein. An einem dieser Seen (in Estland gibt es ca 1.500) machen wir auf dem Rückweg Rast. Nach einem kurzem Fußmarsch erreichen wir einen wunderschönen (vom Dalai Lama gesegneten) See. Dieser See, das herrlich schöne und warme Wetter laden förmlich zu einem Bad in diesem doch noch ziemlich kalten See ein. Wir, allen voran Herr Prof. Schwinger, lassen es uns denn auch nicht nehmen, die Badesaison zu eröffnen.

Der Abend wird durch eine Einladung in die Sauna mit anschließenden Umtrunk im Verbindungshaus der Studenten abgerundet. Zum Abschied übergeben wir den estnischen Kommilitonen unsere Gastgeschenke und tauschen die Adressen aus. Der letzte gemeinsame Abend klingt, wie sooft in den Nächten davor, in der „Esmeralda"- Bar unseres Hotels aus.

Wir haben viel gesehen , viele Eindrücke gesammelt und viel Spaß gehabt. Wir wären gern noch etwas länger geblieben, aber schon am nächsten Morgen müssen wir die Heimreise antreten. Der Bus nach Tallinn fährt bereits um 6.40 Uhr. Er bringt uns direkt zum Flughafen, wo das Flugzeug vier Stunden später starten soll. Einige nutzen die verbleibende Zeit, um noch einmal in die Stadt zu fahren, andere versuchen ihre letzten estnischen Kronen auszugeben. Wieder andere machen Pläne für das „nächste mal". Mitglieder des Orchesters malen sich aus, wie schön es doch wäre, in der schönen alten barocken Kapelle des Museums im Dom zu Tartu zu spielen. Anzumerken bleibt noch, daß wir in zwei Jahren den Gegenbesuch estnischer Kommilitonen erwarten. Ferner, daß noch während unseres Aufenthaltes in Tartu Verträge geschlossen wurden, die uns ab dem nächsten Semester die Durchführung von Famulaturen in Tartu ermöglichen, geschlossen.

Abschließend bedanken wir uns bei der Gesellschaft der Freunde und Förderer der Universität Lübeck, ohne deren finanzielle Unterstützung uns die Reise nicht möglich gewesen wäre und so viele wertvolle Erfahrungen nicht gemacht worden wären.

JS



PJ oder Famulatur im Ausland

- alles besser oder was???

Je weiter man im Studium kommt, desto mehr macht sich der Eindruck breit, daß wir Medizinstudierenden die Globetrotter schlechthin unter allen Studierenden sind. Kein Erdteil zu weit, keine Sprache zu fremd, kein Ort zu verborgen - wir kommen überall hin. Und egal wo man hinkommt und zu welcher Zeit auch immer, ein bis zwei deutsche Famulanten oder PJ-ler sind immer schon da. Manch einer oder eine fühlt sich geradezu schon verpflichtet, ins Ausland zu pilgern, waren doch die anderen auch schon alle so weit weg. Da will man und frau natürlich nicht nachstehen. Einmal England oder Irland sind fast Pflicht und die Sprache macht es dort ganz besonders einfach. Eine erste Nebenwirkung macht sich an vielen englischen Häusern schon bemerkbar. Werden kontinentaleuropäische Studies generell gern zu Besuch gesehen, müssen deutsche Studierende oft eine Absage akzeptieren. Zitat eines englischen Oberarztes: „Wir können nicht permanent die Defizite der deutschen Ausbildung ausgleichen.“ Es sind der deutschen Famulanten etc. in der Vergangenheit einfach zu viele rübergekommen.

"Wir können nicht permanent die Defizite der deutschen Ausbildung ausgleichen"

Naja, wie dem auch sei, ich selbst konnte mich dem Reiz der Ferne auch nicht verschließen und bin zu Famulaturen in den USA und in Australien gewesen und habe ein Drittel meines Praktischen Jahres in London verbracht. Generell werden solche Auslandsaufenthalte immer hoch gelobt, und gerade die praktische Ausbildung sei doch im angloamerikanischen System so viel besser als bei uns. Mittlererweile stehe ich am Ende meines Studiums und sehe die Sache etwas differenzierter, nachdem ich die letzten zwei Tertiale des PJ an unserem Mutterhaus der MUzL verbracht habe. Und genau um die kritische Evaluation des Erlebten soll es hier gehen. Ich will versuchen, nicht nur über meine eigenen Erfahrungen zu berichten, sondern auch die Erlebnisse anderer Kommilitonen mit ihren Auslandsaufenthalten einfließen zu lassen.

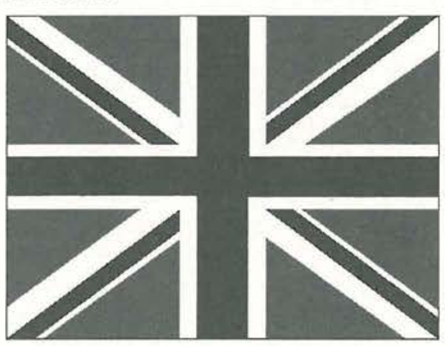
Obwohl ich zu der Zeit, als ich in Sydney famulierte, noch vor dem zweiten Staatsexamen stand, nahm ich an dem dortigen Lehrkrankenhaus an zwei final-year rotations teil. Angeblich zeichnete sich das Concord Repatriation Hospital gerade durch seine hervoragende Lehre aus. Es wird übrigens das offizielle Krankenhaus für die Olympischen Spiele im Jahr 2000 sein, wau. Drei Wochen war ich in einem Kardiologie-Team und drei Wochen in einem General Internal Medicine Team. Die einheimischen Studies rotierten während ihres final-year alle drei Wochen durch die verschiedenen Fachdiziplinen des Hauses. Klar, da ich selbst noch kein PJ kannte und fürs zweite Examen noch nicht glernt hatte, war ich restlos erschlagen von dem Wissen und Können meiner Mitstreiter, die sich kurz vor dem Abschluß ihres Studiums befanden. Jetzt, wo ich selbst so weit bin, habe ich zwar nach wie vor gehörigen Respekt vor der geschickten Art und Weise, wie die einheimischen Studies Patienten untersuchen konnten und Differentialdiagnosen auf der Latte hatten. Da alles extrem schematisiert vonstatten ging, waren diese Dinge auch einfacher zu erlernen. Allerdings waren die dortigen "PJ-ler" nicht über längere Zeit in die normale Routine einer Station eingebunden, so daß sie dem Alltag sicher weniger gut gewachsen waren als wir. Bekamen sie, bevor sie dann ins Berufsleben einstiegen, noch einmal extra eine Einweisungszeit für das Internship, hätte ich mich z.B. nach meinem Innere-Tertial durchaus in der Lage gefühlt, am nächsten Tag als AIP meine Arbeit eigenverantwortlich fortzusetzen. Zudem war die Wissensaufnahme immer recht starr auf den momentanen Lernblock gerichtet. Und die starke Schematisierung war sicher nicht unbedingt dafür geeignet, unvorhergesehene Probleme anzugehen.

Nichtwissen war keine Schande... Wäre bei uns ein ähnlicher Wille zur Lehre am Krankenbett vorhanden, so ständen wir am Ende des PJ sicher mindestens genauso gut da...

Anyway, einen großen Vorteil bot das System sicher: Allen Beteiligten konnte man ein Höchstmaß an Lehr- und Lernwillen bescheinigen, was ich hier nur in Einzelfällen wiedergefunden habe. Und bietet dann ein hiesiger Dozent eine überdurchschnittlich gute Veranstaltung an (siehe Pharmakollog Prof. Sack oder Klinische Visite PD Steinhoff), ist sie meist hoffnungslos überlaufen. Wieso nutzen unsere Chefs und Oberärzte die Visiten nicht, um den PJ-lern etwas beizubringen oder sie auch auszuquetschen. Nur dann könnten sie sich auch ein Bild über den Wissenstand der ihnen Anvertrauten machen. Sowohl in England als auch in Australien hat es den Dozenten geradezu Freude bereitet, die Studies zu "grillen", wie so nett gesagt wurde. Nichtwissen war keine Schande und in einem Fall habe ich es sogar erlebt, daß sich ein Prof nach seiner Visite für nur 2 (zwei) Studenten eine Stunde Zeit nahm, um uns noch mal in aller Ruhe über die Differentialdiagnose der Herzgeräusche kompetent zu unterrichten. Übrigens er war von Haus aus Neurologe...

Ich denke, wäre bei uns ein ähnlicher Wille zur Lehre am Krankenbett vorhanden, so ständen wir am Ende des PJ im Vergleich sicher mindestens genauso gut da wie Studenten aus dem angloamerikanischen Raum. Leider wird der Mißstand der Lehre bei uns immer allzu leichtfertig auf die große Anzahl der Studierenden geschoben, dabei ist es meiner Meinung nach einfach die fehlende Tradition und der fehlende Wille zum aktiven bedside teaching.

Noch etwas kritischer und differenzierter muß ich persönlich den Vergleich der Systeme nach Beendigung meines PJ-Teils in London sehen. Dort verbrachte ich ca. vier Monate in der Dermatologie des St. Thomas´ Hospital, welches einen außerordentlich guten Ruf genießt und in vielen Subspezialitäten Weltruf besitzt.



Um es vorweg zu nehmen: So etwas mag dem Lebenslauf dienen und der Persönlichkeitsentwicklung tun vier Monate London sicher auch sehr gut; hätte ich die Zeit aber in der hiesigen Dermatologie verbracht, hätte ich fachlich sicher mehr gelernt. Nicht, daß ich die Zeit irgendwie bereue, ganz im Gegenteil, nur, wer unbedingt meint, er müsse mindestens einmal in England gewesen sein, um in praktischen Belangen fit zu werden, der suche sich besser ein kleines Haus und ein großes Fach wie Chirurgie oder Innere. Man wußte mit mir einfach so recht nichts anzufangen, da englische Studies Derma nur nebenbei machen, ich aber nun mal für vier Monate da war. So mußte ich mir selbst mein Programm und meinen Wochenplan zusammenstellen, wobei die Freizeitgestaltung zunehmend Überhand gewann.

...wie ungezwungen Profs mit Studenten umgehen können, oder mit welchem gegenseitigen Respekt sich die einzelnen Consultants behandeln...

Wichtig ist es sicherlich, einmal ein anderes System kennenzulernen, unabhängig davon, ob man nun viel oder wenig direkt medizinisch gelernt hat. Denn wenn man nicht einmal selbst sieht, wie ungezwungen Profs mit Studenten umgehen können, oder mit welchem gegenseitigen Respekt sich die einzelnen Consultants (Ober- bzw. Chefarzt) behandeln, wird einem nie so recht klar, daß die exzessive Hirarchie, die in unserem System steckt, soviel zerstört, daß ich mich manchmal wundere, daß unser Gesundheitssystem unterm Strich sicher immer noch eines der Besten ist. Ich denke, die Massen an Geld, die wir nach wie vor in unser System pumpen, kompensieren so manche Unzulänglichkeit, die tief im System verankert ist. *(Da spricht mir jemand aus der Seele... Anm. der Redaktion).*

Unter'm Strich kann ich trotz der hier gemachten kritischen Anmerkungen jeder und jedem raten, im Ausland zu famulieren. Daß dabei der Fun oft im Vordergrund steht, ist gut und soll auch so bleiben. Daß bei uns alles beschissen und in anderen Ländern alles gut ist, dem ist sicher nicht so. Ich denke, am Ende des PJ braucht kein deutscher Student den Vergleich mit einem Ami, Aussi oder Briten scheuen. Ein Nachteil (oder Vorteil???) wird uns allerdings immer bleiben: Im Schnitt zwei bis drei Jahre älter als unsere ausländischen Mitstreiter sind wir am Ende unserer Ausbildung immer. Aber was soll's, im Gegensatz zu denen haben wir ja auch keine Stellengarantie.....

Martin Nitschke

Das „Ende“ im „Ghana Village Project 2“

Es ist schon seltsam und auch ein tolles Erlebnis mitzubekommen, daß die meisten hier in Lübeck inzwischen das GVP2 zumindest vom Namen her kennen. Deshalb nur eine ganz kurze Einleitung: Das GVP2 ist ein Entwicklungshilfeprojekt der IFMSA (international federation of medical student organisations). Es basiert auf dem sogenannten Village Concept, das nach der Idee der primären Gesundheitsvorsorge zusammen mit der WHO für internationale, intersektorielle Studenten-Projekte erarbeitet wurde. Es hatte bereits vor einigen Jahren ein Pilotprojekt in einem Dorf in Ghana gegeben. Aufgrund einer Studie beschlossen ghanaische Medizinstudenten 1993, da sie es für notwendig und realisierbar hielten, in einem anderen Dorf, Odupong-Ofaakor, ebenfalls ein derartiges Projekt durchzuführen. Zusammen mit der sehr engagierten Dorfbevölkerung entstand bald eine Grundstudie und ein vorläufiger plan of action. Beides wurde dann auf einer IFMSA Tagung vorgestellt, woraufhin Deutschland sich bereit erklärte, die internationale Koordination (sprich fundraising, Teilnehmerauswahl und Betreuung, und PR) zu übernehmen. Zusammen mit einer deutschen Delegation, bestehend aus einem Pharmastudent, einer Anthropologiestudentin und zwei Medis (zu denen auch ein Lübecker gehörte) erarbeiteten dann die Studis und die Dorfbevölkerung die Projektziele. Außerdem wurden nach und nach noch Agrar- und Forstwirtschaftsstudenten mit hinzugezogen. Allgemeine Ziele waren die Verbesserung der sanitären Bedingungen (öffentliche Toiletten, sauberes Trinkwasser!, Gesundheitsaufklärung), der Ernährung (Modellfarmen), des Impfstatus, der Feuerholzversorgung, der Erosionsbekämpfung, des Gesundheitsbewußtseins. Inzwischen ist das Projekt zu „Ende“, d.h. bis auf den Forstbereich sind keine internationalen Teilnehmer mehr im Dorf, allerdings haben die ghanaischen Studies noch nicht ganz aufgehört, sich um die einzelnen Projektziele zu kümmern, und auch für uns in Deutschland ist es noch nicht vorbei, da wir mit einer Endevaluation begonnen haben.



Die neuen Toilettenanlagen

Was haben wir bisher in Ofaakor erreicht?

1. Es stehen zwei neue, öffentliche Toilettenanlagen im Dorf. Das Geld für den Bau dieser Anlagen hat die internationale Koordinierungsgruppe aus Deutschland organisiert, die Bauarbeiten wurden von den Dorfbewohnern in Eigenarbeit durchgeführt, und der Bau wurde von der lokalen Koordinierungsgruppe in Ghana in Zusammenarbeit mit Fachleuten organisiert. Diese Anlagen werden von der Dorfbevölkerung gut angenommen, viel benutzt und auch von ihnen gewartet.

2. Wir konnten die Zahl der vollimmunisierten Kinder von etwa 15% auf etwa 75% steigern. Dazu wurde und wird in Ghana mit den Krankenschwestern des nächstgelegenen Gesundheitspostens zusammengearbeitet und die internationalen Teilnehmer machten mit Hilfe von zwei Frauen aus dem Dorf die Wichtigkeit des Impfens durch Gesundheitsgespräche in den Familien deutlich.

3. Zwei Dorfbewohnerinnen konnte ein kostenloses Training als Familienberaterinnen und Gesundheitsarbeiterinnen finanziert werden.

4. Vier weiteren Frauen, die als Hebammen tätig sind, wurde es ermöglicht, an einem staatlichen Trainingsprogramm für Hebammen teilzunehmen.

5. Das große Projektziel der Verbesserung der Wasserversorgung in dem mit dem Guineawurm verseuchten Gebiet bereitete uns allen zunächst Kopfschmerzen. Vom geplanten Anschluß an die Wasserleitung im nächsten Dorf mußten wir wegen unüberwindlicher Höhenunterschiede Abstand nehmen. Die nach sorgfältiger Studie durchgeführten Bohrungen brachten einen viel zu geringen Ertrag, um das ganze Dorf zu versorgen. Deshalb ist auch jetzt das Wasserprojekt noch nicht abgeschlossen, sondern es wird vor Ort daran gearbeitet, eine Anlage zu errichten, die Wasser aus einem naheliegenden Teich filtert und in einen Overheadtank pumpt. Von dort wird das Wasser über ein Rohrsystem im ganzen Dorf verteilt

6. Die Dorfbevölkerung bemüht sich außerdem zur Zeit selbstständig um die Errichtung eines kleinen Gesundheitspostens, nachdem sie die nötige Starthilfe vom Projekt erhalten hat. In diesem Posten wird dann regelmäßig eine staatliche Krankenschwester Sprechstunden halten.

7. Die Landwirtschaftsstudenten haben mit einzelnen Dorfbewohnern eine Geflügelfarm für zunächst 250 Hühner, v.a. für Legehühner, aufbauen können. Diese wurde dazu genutzt, Farmern aus der Gegend Unterricht in ökonomischer Hühnerhaltung im häuslichen Bereich zu geben. Damit haben sie selbst die Möglichkeit, die Menge der Proteine in ihrer Nahrung zu erhöhen. Gleichzeitig wirkt sich natürlich alleine schon diese eine Hühnerfarm günstig für die Proteinversorgung der Dorfbewohner aus, die nun unter dem regulären Marktpreis „direkt vor der Haustür“ Eier kaufen können.

8. Im Forstbereich wurden schnellwachsende Hölzer gepflanzt, um mehr Feuerholz und Bauholz zu produzieren. Einige Dorfbewohner haben darüberhinaus begonnen, um ihre Häuser

herum Büsche zu pflanzen. Diese Maßnahme wird der alljährlich zur Regenzeit wiederkehrenden Bodenerosion im Dorf entgegenwirken.

9. Damit die Dorfbevölkerung in Zukunft billigen Zugang zu jungen Bäumen hat , wurde eine Baumschule angelegt.

10. Für beide letztgenannten Bereiche ist es notwendig, erfahrene Betreuer der verschiedenen Farmen zu haben, es wurden deswegen mehrere Trainingsprogramme durchgeführt.

Folgendes erreichten wir auf den Gebieten studentische Bildung und Information:

1. Bis jetzt hatten etwa 50 Studierende aus 9 Ländern die Möglichkeit, an den Rotationen in Ghana teilzunehmen. Es waren bestimmt für alle nicht nur angenehme Erfahrungen dabei, dennoch werden wohl die meisten von uns diese Zeit als eine einmalige Chance empfunden haben, Entwicklungshilfe vor Ort kennenzulernen, daran mitzuarbeiten und auch gleich ihre praktischen Auswirkungen auf die Menschen zu erleben.

2. In Ghana arbeiten 25 und in Deutschland 35 Studierende innerhalb der Koordinierungsgruppe aus den Fachbereichen Medizin, Pharmazie, Landwirtschaft, Forst und Ethnologie an der Umsetzung der Projektziele mit. Für alle von uns ist diese ehrenamtliche Mitarbeit natürlich mit viel Zeitaufwand und auch Streß verbunden. Aber keiner von uns möchte die Erfahrungen und Erlebnisse missen, die bei dieser Arbeit gemacht werden, und die ganz anders sind als alles an der Universität Erlernbare.

3. Von unschätzbarem Wert sind auch die interkulturellen Begegnungen für alle Beteiligten. Wahrscheinlich wird man nie wieder die Chance haben, inmmitten eines afrikanischen Dorfes zu leben und zu arbeiten (und auch noch so herzlich aufgenommen zu sein), und gerade die Arbeit für ein gemeinsames Ziel vertieft den Kontakt zwischen den Studierenden der Länder.

4. In Ghana und Deutschland versuchen wir auch gezielt mit diesem Projekt Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Dabei geht es uns zunächst natürlich darum, in Zukunft folgende Projekte auf etwaige Probleme, Fehler, Verbesserungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen. Außerdem wollen wir unsere Mitstudenten dazu anregen, ebenfalls an einem derartigen Projekt, das auf jeden Fall eine Bereicherung für den eigenen Horizont darstellt, teilzunehmen. Es geht uns aber auch um eine ausgewogenere Darstellung der Problematiken Afrikas und der Entwicklungshilfe.

Bislang haben mehrere große Tageszeitungen in Ghana und regionale in Deutschland über das Projekt berichtet; darüberhinaus hatten wir eine Veröffentlichung in einem WHO-Newsletter, einigen Fachzeitschriften und natürlich vielen studentischen Zeitungen. Es existiert außerdem ein zwanzigminütiger Film über das Projekt in deutsch und englisch, und es wurden zahllose Diavorträge bei studentischen Veranstaltungen, internationalen Tagungen und in einigen Tropeninstituten in ganz Deutschland gehalten.

Was bleibt zu tun?

1. Im Forstbereich müssen die Baumschule und die Anpflanzungen noch weiter betreut werden, verstärkt sollen auch interessierte Dorfbewohner noch weiter in diesen Bereichen geschult werden.

2. Wir hoffen, daß wir bald das Wasserprojekt über die Bühne bekommen, die Filteranlage ist zwar schon genau geplant, muß aber noch gebaut werden.

3. Im Augenblick sind wir in Deutschland und Ghana dabei, folgende Gebiete auszuwerten: Die Veränderungen im Dorf und ihre Nachhaltigkeit, das Konzept und die Umsetzung der Projektorganisation und die Erfahrungsberichte der teilnehmenden Studenten aus aller Welt.

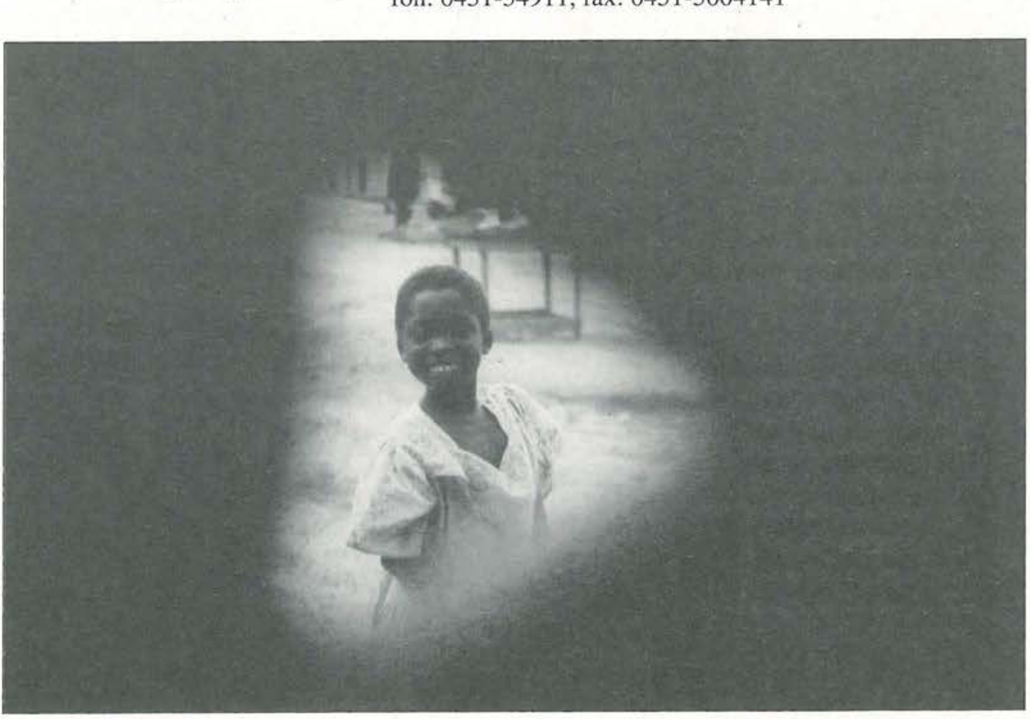
4. Und der Rest, der liegt in den Händen der Dorfbevölkerung. Und wir hoffen natürlich sehr, daß sie möglichst viel Positives für das Dorf erhalten werden.

Auch zum jetzigen Zeitpunkt brauchen wir noch Gelder zur Umsetzung der noch ausstehenden Projektziele. Jeder, der gute Kontakte zu etwaigen Sponsoren hat, oder selbst etwas spenden möchte, ist herzlich dazu eingeladen:

Sparkasse Erlangen, BLZ 763 500 00, Kto. Nr. 57101, Stichwort Ghana

Es ist zwar leider nicht mehr möglich, sich als Teilnehmer im GVP2 zu betätigen, es laufen aber z. Zt. einige andere studentischen Projekte nach dem Village Concept. Falls irgendjemand Interesse daran hat, kann er gerne bei mir die Adressen bekommen. Und natürlich beantworte ich euch auch gerne alle weiteren Fragen zum Projekt.

Julia v. Puttkamer
AStA-Auslandsreferat der MUL
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
fon: 0451-54911, fax: 0451-5004141



Herausgebende, Redaktion, Layout
Olga Arbach
Kirsten Börner
Torge Koop
Ute Pastor
Hannes Rengshausen
Jens Schulze (V.i.S.d.P.)

Finanzen
Michael Langholz

Zeichnungen
Daniel Krause

Fotografien
Ken Gordian

Mitgestaltende dieser Ausgabe
Die AStA-ReferentInnen
Die Fachschafts-Frauen

sowie:
Frank Bösebeck
Christoph Ehrenberg
Christian Herbst
Thilo Klesse
Martin Nitschke
Julia v. Puttkamer
Christoph Rachstein
Karsten Schönebeck
Jan-Dirk Studt
Christa Willimczik

Special Thanks to
Kirsten Börner for cooking cheese-soup!

Erscheinungsweise: einmal im Semester
Auflage: 700 Exemplare
Es gilt die **Anzeigenpreisliste** vom April 1995.
Redaktionsschluß für die Ausgabe Nr. 9 ist der 15.04.1997.
Erscheinungsdatum ist der 15.05.1997.

Stellenanzeige

Wir suchen:

MitarbeiterInnen für die

bauchpresse

Wofür?

- Schreiben von Artikeln
- Werbung (Wichtig!!!)
- Layout
- Graphik
- usw. ...

Denn eine Zeitung lebt von immer neuen Menschen, Ideen, Artikeln, ...!

Meldet euch bei:

Ute Pastor
Tel. 54963

Kirsten Börner
Tel.863089

Die Artikel unterliegen inhaltlich der Verantwortung ihrer AutorInnen.

Auf die Zusendung von Artikeln und anderen Beiträgen sind wir angewiesen. Artikel bitte nur in Diskettenform (3,5 Zoll) in einem der folgenden Formate abspeichern:

- **am besten: TXT (nur Text)**
- **auch möglich: Word für Macintosh oder Windows (kleiner 6.0); RTF (Rich Text Format)**
- **andere Formate nur nach Absprache!**

Wichtig: Bitte kennzeichnet Eure Disketten (Namen, Adresse und / oder Telefon)!

Redaktions- und Anzeigenanschrift:
Redaktion **die bauchpresse**
Im AStA-Pavillon der MUL
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Telefon: 0451-5003059 Fax: 0451-5004141
Koordinatorin für die Werbung: Kirsten Börner (Tel.: 86 30 89)

